

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Dritter Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation

Gliederung

	Seite
1. Grundlagen	2
2. Vorsorge, Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung	9
3. Medizinische Rehabilitation	16
4. Vorschul-, Schul- und Hochschulbildung für Behinderte	30
5. Berufliche Bildung Behinderter und berufliche Rehabilitation	38
6. Beschäftigung Schwerbehinderter	53
7. Bauen und Wohnen für behinderte Menschen	63
8. Behindertengerechter Verkehr	72
9. Behinderung und Familie	78
10. Alter und Behinderung	85
11. Teilhabe Behinderter am Leben der Gesellschaft insgesamt	90
12. Aus- und Fortbildung von Fachkräften	97
13. Forschung	101
14. Weiterentwicklung des Rechts zur Eingliederung Behinderter	112

1. Grundlagen

1.1

In einer 1982 gefaßten EntschlieÙung (zu Drucksache 9/1753) hat der Deutsche Bundestag die Bundesregierung gebeten, ihm „einmal in der Legislaturperiode . . . einen Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation vorzulegen“. Die ersten beiden Berichte wurden am 4. April 1984 (Bundestags-Drucksache 10/1233) und am 2. Mai 1989 (Bundestags-Drucksache 11/4455) erstattet; die Ergebnisse seiner Beratungen hat der Deutsche Bundestag in den EntschlieÙungen vom 10. Dezember 1986 (zu Drucksache 10/6705) und vom 20. Februar 1992 (zu Drucksache 12/1943) — jeweils einstimmig — zusammengefaßt.

Die **Einigung Deutschlands** hat auch bei der Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen neue Herausforderungen und Aufgaben gebracht. Nachdem hierfür zunächst einheitliche rechtliche und wirtschaftliche Grundlagen geschaffen wurden, müssen gleichwertige Lebensverhältnisse für behinderte Menschen in allen Teilen Deutschlands nun auch tatsächlich verwirklicht werden. Aus diesem Grunde hat der Deutsche Bundestag in seiner EntschlieÙung vom 20. Februar 1992 die Bundesregierung,

- auf die Herstellung gleichwertiger Eingliederungschancen für Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in allen Teilen Deutschlands hinzuwirken und
- im dritten Bericht insbesondere Auskunft über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation in den neuen Bundesländern zu geben.

Außerdem wurde in dieser EntschlieÙung die Bundesregierung gebeten, im dritten Bericht insbesondere einzugehen auf

- Entwicklung und Einsatz von Rehabilitationsmöglichkeiten zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter,
- Hilfen beim Übergang aus dem Bildungs- in das Beschäftigungssystem,
- Weiterentwicklung der rechtlichen und tatsächlichen Situation der Werkstätten für Behinderte,
- Ausstattung der Hauptfürsorgestellen mit Personal.

Entsprechend einer Bitte des Deutschen Bundestages enthält dieser Bericht keine Bezugnahmen auf die beiden früheren Berichte, sondern zielt darauf ab, Positionsbeschreibungen und Darstellungen vollständig und im Gesamtzusammenhang zu vermitteln.

1.2

„**Behinderte**“ im Sinne dieses Berichts sind alle, die von Auswirkungen einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung betroffen sind, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Diese Begriffsbestimmung lehnt sich an den dreistufig aufgebauten Behindertenbegriff der Weltgesundheitsorganisation (Schaden — funktionelle Einschränkung — soziale Beeinträchtigung) an; sie stimmt in der Sache mit den international üblichen, auch innerhalb Deutschlands weitgehend deckungsgleichen Begriffsabgrenzungen überein und ermöglicht zusätzliche Differenzierungen, wenn solche behinderungsspezifisch oder im Hinblick auf bestimmte Rehabilitations- und Eingliederungsziele notwendig sind.

Auch die begriffliche Abgrenzung in § 3 Schwerbehindertengesetz geht von einer allgemeinen Begriffsbestimmung der Behinderung aus, stellt jedoch zusätzlich auf eine besondere Schwere der Behinderung ab. Nach diesem Gesetz, das seit dem 3. Oktober 1990 auch in den fünf neuen Bundesländern gilt, sind Schwerbehinderte Behinderte, deren Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt und die in der Bundesrepublik rechtmäßig wohnen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder hier beschäftigt sind. Die Feststellung, wer als Schwerbehinderter anzusehen ist, wird von der Versorgungsverwaltung auf der Grundlage der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz“ vorgenommen. Eine solche Feststellung der Behinderung ist jedoch nur für die besonderen Hilfen und Rechte auf der Grundlage des Schwerbehindertengesetzes erforderlich; ansonsten wird das Vorliegen einer Behinderung wie andere Voraussetzungen von den zuständigen Leistungsträgern und sonstigen Stellen bei ihrer Entscheidung über Sozialleistungen oder sonstige Hilfen geprüft und entschieden.

1.3

Die in Deutschland lebenden behinderten Menschen bilden **keine in sich geschlossene Gruppe**. Zu ihnen gehören

- 986 107 in Betrieben und Dienststellen beschäftigte Schwerbehinderte (Stand Oktober 1992),
- 176 558 arbeitslose Schwerbehinderte (davon 150 489 im Bundesgebiet West und 26 069 im Bundesgebiet Ost; Stand jeweils Dezember 1993),
- rund 140 000 in Werkstätten für Behinderte tätige Behinderte,
- etwa 5,23 Mio nicht im Arbeitsleben stehende Schwerbehinderte (Stand Dezember 1992), so daß

sich eine Gesamtzahl von etwa 6,6 Mio Schwerbehinderter ergibt, die einen Anteil von etwas über 8 v. H. an der Wohnbevölkerung bilden,

- eine statistisch nicht erfaßte Zahl Behinderter, bei denen ein Grad der Behinderung von weniger als 50 bei der Bewilligung von Renten der Unfallversicherung oder nach dem Recht der sozialen Entschädigung oder durch das Versorgungsamt festgestellt wurde,
- Behinderte, die wegen ihrer Behinderung besondere, nach Art oder Schwere der Behinderung sehr unterschiedliche Hilfen in Anspruch nehmen, die sie zu ihrer Eingliederung ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt brauchen und die dazu dienen, Benachteiligungen aufgrund der Behinderung entgegenzuwirken, und
- Behinderte, die auf derartige begriffliche Abgrenzungen nicht (oder: nicht mehr) angewiesen sind, weil sie zu ihrer Eingliederung in die Gesellschaft keine behindertenspezifischen, besonderen Hilfen (mehr) benötigen.

Insgesamt ist darauf hinzuweisen, daß diese und andere begriffliche Abgrenzungen nicht als gedankliche und soziale Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen wirken dürfen, sondern als Hinweis auf ihre individuellen Probleme und Chancen sowie darauf, wie jeder von ihnen Zugang zu den Hilfen erhält, die er zu seiner Eingliederung in die Gesellschaft benötigt. Ziel ist darüber hinaus, die für einzelne Gruppen von Behinderten erreichten Fortschritte und Standards auch für andere Gruppen zu verwirklichen und für alle Behinderten und ihre Angehörigen „ein Leben so normal wie möglich“ anzustreben.

1.4

Das **Grundgesetz** für die Bundesrepublik Deutschland sichert allen Bürgern die Beachtung ihrer Menschenwürde, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit, gleiche Behandlung durch die öffentliche Gewalt und die Beachtung des Sozialstaatsgrundsatzes zu. Diese und alle anderen Grundrechte stehen auch behinderten Menschen unabhängig von Ursache, Art und Schwere ihrer Behinderung zu. Auch die übrigen Rechtsvorschriften in Deutschland gelten in gleicher Weise für Behinderte, so daß es nach Einschätzung der Bundesregierung keine rechtlichen Benachteiligungen Behinderter gibt.

Trotz vieler unbestreitbarer Fortschritte in den letzten Jahren ist eine tatsächliche Chancengleichheit von Behinderten mit Nichtbehinderten allerdings immer noch nicht erreicht; vielfach fühlen sich behinderte Menschen von einer neuen Behindertenfeindlichkeit und von einer Verwertungs- und „Brauchbarkeits“-diskussion offen bedroht. Bereits die unter 1.2 wiedergegebene Begriffsabgrenzung weist auf das Spannungsfeld zwischen behinderten Menschen und der Gesamtgesellschaft und die in diesem Spannungsfeld notwendigerweise entstehenden Probleme — übrigens auch zwischen Behinderten untereinander — hin. Behinderte Menschen beurteilen die

tatsächliche Lösung dieser Probleme nicht immer als zufriedenstellend und bezeichnen sie oft sogar dann als Benachteiligung gegenüber Nichtbehinderten, wenn niemand eine derartige Absicht hatte, tatsächliche Chancengleichheit jedoch trotz aller Bemühungen noch nicht verwirklicht werden konnte. Dies gilt insbesondere für bauliche und technische Hindernisse, die in Zeiten geschaffen wurden, als eine „barrierefreie“ Lebensumwelt noch nicht einmal als wünschenswert angesehen wurde.

Von wesentlicher Bedeutung für die Teilhabe Behinderter am Leben der Gesellschaft insgesamt ist die gegenseitige Akzeptanz, die als wechselseitiger Prozeß verstanden und vollzogen werden muß. Das im Grundgesetz verankerte Menschenbild fordert in seiner Konsequenz Integration, Partnerschaft und Mitwirkung. Die Solidarität mit behinderten Menschen und die Achtung ihrer Menschenwürde sind jedoch in der täglichen Praxis leider noch keine Selbstverständlichkeit. Wenn die Menschenwürde und das Lebensrecht behinderter Menschen infragegestellt werden, ist dies aber immer auch Ausdruck einer allgemeinen Gefährdung des gesellschaftlichen Wertebewußtseins.

Die Bundesregierung ist bestrebt, im Rahmen ihrer Gesamtpolitik dazu beizutragen, daß die Lebensumstände behinderter Menschen von ihnen selbst nicht als benachteiligend empfunden, gleichwertige Chancen so weit wie möglich hergestellt und noch bestehende tatsächliche Benachteiligungen abgebaut werden. Sie geht dabei davon aus, daß Behinderte primär nicht Adressat oder gar Objekt von „Hilfe“ sind, sondern eigenverantwortlich, mündig und in der Regel selbst die besten Experten in bezug auf ihre Behinderung und insbesondere darauf, wie sie ihre Fähigkeiten so weitgehend wie möglich nutzen und ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft so vollwertig wie möglich gestalten können. Andererseits sind die Pflichten der Gesellschaft gegenüber behinderten Menschen nicht unbegrenzt, insbesondere soweit für ihre Rehabilitation und Eingliederung menschliche und finanzielle Ressourcen in Anspruch genommen werden, die dann für andere, ebenfalls wichtige Aufgaben nicht mehr zur Verfügung stehen. Der vorliegende Bericht versucht, den Sach- und Diskussionsstand zu dieser Problematik jeweils in den konkreten Zusammenhängen zu verdeutlichen.

1.5

Nach § 10 des Ersten Buches **Sozialgesetzbuch** hat jeder, der körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder dem eine solche Behinderung droht, unabhängig von der Ursache seiner Behinderung ein „soziales Recht“ auf die Hilfe, die notwendig ist, um

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern und um
- ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.

Dies „soziale Recht“ ist nicht nur als Rechtsgrundsatz zur Auslegung und Anwendung des Sozialrechts, sondern darüber hinaus als Leitlinie der Rehabilitations- und Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland allgemein anerkannt. Unter den Grundsätzen, die aus ihm abzuleiten (und darüber hinaus zumindest in Europa auch in der Sache Standard der Behindertenpolitik geworden) sind, sind hervorzuheben

- das Ziel der **Integration** der Behinderten in die Gesellschaft,
- der Grundsatz der **Finalität**, nach dem die notwendigen Hilfen jedem Behinderten und von Behinderung Bedrohten unabhängig von der Ursache der Behinderung geleistet werden müssen, auch wenn für diese Hilfen unterschiedliche Träger und Institutionen mit unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen zuständig sind,
- der Grundsatz einer **möglichst frühzeitigen Intervention**, nach dem entsprechend den im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten und Notwendigkeiten Ausmaß und Auswirkungen der Behinderung möglichst gering zu halten und nicht vermeidbare Auswirkungen so gut wie möglich auszugleichen sind, und
- der Grundsatz der **individuellen Hilfe**, die auf die konkrete Bedarfssituation jedes einzelnen Behinderten und von Behinderung Bedrohten zugeschnitten und dieser Bedarfssituation mit geeigneten Mitteln gerecht werden muß.

Ähnlich formulierte Zielsetzungen wie in § 10 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch finden sich auch in den Gesetzen, die Leistungen zur Eingliederung Behinderter im einzelnen regeln, so in §§ 10 und 11 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation und in § 39 des Bundessozialhilfegesetzes. § 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie § 39 des Bundessozialhilfegesetzes nennen für die Krankenversicherung und die Sozialhilfe als Ziel außerdem ausdrücklich, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

1.6

Hilfen zur Eingliederung Behinderter oder von Behinderung Bedrohter ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt werden oft zusammenfassend als „**Rehabilitation**“ bezeichnet. In einem weiten Verständnis umfassen diese Hilfen alle Vorgänge, Leistungen und Gestaltungen von Lebensumständen, die auf die in § 10 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Zielsetzungen gerichtet sind. Den Kern der Rehabilitation bilden die besonderen Sozialleistungen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung an behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen zum Zwecke ihrer Rehabilitation und Eingliederung geleistet werden.

Die Übernahme des dreistufig aufgebauten Behindertenbegriffs der Weltgesundheitsorganisation in das deutsche Recht verdeutlicht die unterschiedlichen Ansatzpunkte für Hilfen:

- im Bereich der drohenden oder vorliegenden **Schädigungen** durch Prävention wie z. B. gesundheitsgerechtes Verhalten, Unfallverhütung und andere Formen der Vermeidung oder Senkung von Risiken, durch Vorsorgemaßnahmen, durch Rettungsdienste oder durch Maßnahmen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation,
- im Bereich der **Funktionsbeeinträchtigungen** durch Hilfen zur Kompensation der Beeinträchtigungen, z. B. orthopädische Hilfsmittel, Funktionstraining oder technische Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung,
- im Bereich der **Behinderungen** selbst etwa dadurch, daß Barrieren vermieden oder abgebaut werden oder daß ein Beruf gewählt wird, der trotz Funktionseinschränkungen die Berufsausübung ermöglicht oder erleichtert.

1.7

Berücksichtigt man den dreistufigen Behindertenbegriff bei der Anwendung des einleitend genannten Grundsatzes einer möglichst frühzeitigen Intervention, wird deutlich, daß der sachgerechte Ansatzpunkt für Hilfe im Einzelfall stets zunächst auf einer möglichst frühen Stufe gesucht werden muß. Ein wichtiger Anwendungsfall dieser Regel ist, daß Leistungen zur Eingliederung ins Arbeitsleben Vorrang vor Rentenleistungen haben, soweit bei erfolgreicher Rehabilitation Rente nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen ist (§ 7 des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes, § 9 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) — Grundsatz „**Rehabilitation vor Rente**“; entsprechendes gilt für den immer wichtiger werdenden Grundsatz „**Rehabilitation vor Pflege**“.

Werden diese Grundsätze beachtet, hat zielgerichtete und mit Nachdruck betriebene Rehabilitation nicht nur humanitäre Komponenten, indem sie behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ihr individuell erreichbares Höchstmaß an Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung sichert. Vielmehr ist sie zugleich „produktive Sozialpolitik“, indem sie abwendbare negative Entwicklungen verhindert, Nachteile so gering wie möglich hält und damit — auch mit finanziellen Auswirkungen — zum „Reichtum der Gesellschaft“ beiträgt. Nicht zufällig wurde in den Sozialleistungsbereichen, in denen nicht abgewendete Schäden durch Entschädigungsleistungen zu kompensieren sind — insbesondere in der Unfallversicherung und der Kriegsopferversicherung —, seit jeher Rehabilitation besonders nachdrücklich vorangetrieben; heute zeigen sich auch die privaten Schadenversicherer — z. B. der Haftpflichtversicherung — interessiert, Schäden, für die sie einstehen müssen, durch zielgerichtete Rehabilitation möglichst gering zu halten. Im Interesse der Betroffenen, aber auch der gesellschaftlichen Ressourcen insgesamt ist es geboten, die im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten zur Rehabilitation und Eingliederung Behinderter tatsächlich zu nutzen, und zwar unabhängig von der Ursache der — drohenden oder be-

reits eingetretenen — Behinderung und von der Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger.

1.8

Die **Sozialleistungen zur Rehabilitation und Eingliederung** behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sind in der Bundesrepublik Deutschland nicht einem eigenständigen Sozialleistungsbereich übertragen, sondern eingebettet in die sonstigen Aufgaben einer Vielzahl von Trägern. Insbesondere werden die in § 29 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch zusammenfassend aufgeführten Sozialleistungen erbracht, und zwar

- **medizinische Leistungen** durch die Kranken-, die Renten- und die Unfallversicherung sowie die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- **berufsfördernde Leistungen** durch die Bundesanstalt für Arbeit, die Renten- und die Unfallversicherung sowie die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- **Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung** durch die Unfallversicherung, die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden und die Sozialhilfe.

Die Sozialhilfe tritt aufgrund ihrer umfassenden Aufgabenstellung auch als „Ausfallbürge“ ein, wenn benötigte medizinische, Bildungs- oder berufliche Hilfen zur Eingliederung von vorrangigen Trägern nicht in Anspruch genommen werden können, weil im Einzelfall dort die notwendigen Voraussetzungen nicht gegeben sind.

Schwerbehinderte können zu ihrer beruflichen Eingliederung — außer berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation, wenn deren Voraussetzungen gegeben sind — auch besondere zusätzliche Leistungen erhalten, z. B. technische Hilfsmittel oder Arbeitsplatzausstattungen; diese werden aus der Ausgleichsabgabe bestritten, die Arbeitgeber abführen, wenn sie ihrer Pflicht zur Beschäftigung Schwerbehinderter nicht oder nur unzureichend nachkommen.

1.9

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (**Rehabilitations-Angleichungsgesetz**) aus dem Jahr 1974, das die Träger der Kranken-, der Renten- und der Unfallversicherung, der sozialen Entschädigung sowie die Bundesanstalt für Arbeit erfaßt (derzeit jedoch nicht die Sozialhilfe), hat die von den einzelnen Trägern im Rahmen ihrer Zuständigkeit nach den verschiedenen Leistungsgesetzen zu erbringenden Leistungen in vielen Punkten einander angeglichen. Darüber hinaus haben die Rehabilitationsträger im Interesse einer raschen und dauerhaften Eingliederung eng zusammenzuarbeiten; in allen geeigneten Fällen, insbesondere wenn mehrere Maßnahmen erforderlich oder mehrere Träger oder Stellen beteiligt sind, haben sie einen Gesamtplan

zur Rehabilitation aufzustellen (§ 5 des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes) und bei Bedarf Vorleistungen zu erbringen (§ 6 des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes).

Aus dem gegliederten System der Rehabilitation ergeben sich gleichwohl nach wie vor als Folgen

- ungleiche Leistungen der einzelnen Träger sowohl der Höhe als auch dem Umfang nach;
- Schwierigkeiten, den zuständigen Träger im gegliederten System herauszufinden und sich in diesem System zu orientieren;
- Verzögerungen in der Leistungsgewährung, insbesondere beim Zusammenwirken mehrerer Leistungsträger;

hierauf haben unter anderem das Jahresgutachten 1988 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowie die Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ in ihrem Bericht (Bundestags-Drucksache 11/6380) hingewiesen.

Bei zielgerichteter Zusammenarbeit der zuständigen Träger auf der Grundlage harmonisierter Rechtsvorschriften schafft und sichert ein derart gegliedertes System den Behinderten und von Behinderung Bedrohten weitergehende und wirkungsvollere Möglichkeiten der Eingliederung, als jede derzeit denkbare andere organisatorische Lösung dies könnte. Das gegliederte System kann aber nur dann funktionieren — und sozialpolitisch akzeptabel sein —, wenn es nicht aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten für die einzelnen Leistungen zu Verzögerungen oder sonstigen Nachteilen für die Behinderten kommt. Die Koordinierung der Leistungen und ein nahtloser Verfahrensablauf werden daher in Deutschland allgemein als die Kernprobleme wirkungsvoller und zugleich kostengünstiger Rehabilitation angesehen.

Auch auf regionaler Ebene besteht die Notwendigkeit, die einzelnen Hilfeangebote insbesondere im Interesse der Überschaubarkeit und der Abstimmung sowie der Erkennbarkeit des Angebots zu koordinieren. In manchen Kommunen wird diese Aufgabe von „Behindertenkoordinatoren“ übernommen, in anderen wird die Koordination im Rahmen der bestehenden Verwaltungs- und Kooperationsstrukturen oder durch die Initiative freier Träger wahrgenommen. Diese Koordinationsstellen sind Ansprechpartner für Verbände, halten Kontakt zu den Rehabilitationsträgern und wirken als zentrale Anlaufstelle für Behinderte.

Die Koordination muß eine bedarfsgerechte und auf die Belange der Behinderten abgestimmte Planung und Finanzierung sicherstellen. Wichtigste Instrumentarien der Koordination sind die Öffentlichkeitsarbeit, die Arbeit in Gremien und die Zusammenarbeit mit Trägern und Institutionen, insbesondere aber die Erstellung und Fortschreibung von Behindertenplänen und deren Einbeziehung in die regionale Sozialplanung. Derartige Behindertenpläne geben auch gute Gelegenheit, gemeinsam mit den Organisationen der Behinderten abzuklären, ob die fachlich und regional zur Rehabilitation und Eingliederung

erforderlichen Dienste und Einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen oder ob Fortentwicklungen notwendig sind.

Ähnliche Aufgaben — neben anderen — haben die auf Bundesebene und in vielen Ländern bestellten Behindertenbeauftragten. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Behinderten ist der zentrale Ansprechpartner für behinderte Menschen und deren Familien, Angehörige sowie die Behindertenverbände und -organisationen. Der Beauftragte wirkt als Mittler zwischen Behinderten und Behörden, Rehabilitationsträgern und sonstigen Stellen. Sein ressortübergreifendes Wirken, das in erster Linie sensibilisierenden, beratenden und vorschlagenden Charakter hat, gibt ihm die Möglichkeit, die vielfältigen Belange Behinderter in die verschiedenen Politik- und Aufgabenbereiche hineinzutragen. Daneben hat er die Aufgabe, die Behindertenpolitik der Bundesregierung transparent zu machen sowie die Akzeptanz für diese Politik bei den Betroffenen wie bei Nichtbehinderten zu erhöhen. Hauptanliegen ist es, die Probleme behinderter Mitbürger allen in der Gesellschaft bewußt zu machen, um dadurch die Bereitschaft zu erzeugen, behinderungsbedingte Nachteile auf allen Ebenen — sowohl im Erwerbsleben wie im gesellschaftlichen Bereich — ausgleichen zu helfen.

1.10

Insgesamt verfügt die Bundesrepublik Deutschland — auch im internationalen Vergleich und trotz aller Verbesserungsnotwendigkeiten — über ein umfassendes, zwar in sich differenziertes, aber in seiner Anlage durchgängiges Sozialleistungssystem auch und gerade für Behinderte. Eine möglichst weitgehende, wirkungsvolle Eingliederung in die Gesellschaft setzt jedoch voraus, daß diese Leistungen und Hilfen ergänzt werden durch

- eine behindertengerechte Gestaltung der Lebensumstände, denen Behinderte ausgesetzt sind und mit denen sie sich auseinandersetzen müssen (z. B. im Verkehr oder bei der Kommunikation mit anderen), und
- eine ausreichende Bereitschaft einerseits der Behinderten, andererseits der Gesellschaft, das ihnen jeweils Mögliche zur Eingliederung zu tun, sowie
- ein „Klima der Eingliederung“ in der Gesellschaft insgesamt.

Möglichkeiten und Probleme der Rehabilitation und Eingliederung Behinderter betreffen nie nur einzelne Bereiche, etwa den medizinischen oder beruflichen; vielmehr müssen die einzelnen Maßnahmen den konkreten **Lebensumständen in ihrer Gesamtheit** Rechnung tragen, in deren Rahmen sich Rehabilitation und Eingliederung vollziehen sollen und mit denen sich die Behinderten aufgrund ihrer Behinderung in anderer Weise als Nichtbehinderte auseinandersetzen. Beispielsweise ist es einerseits notwendig, behinderte Menschen für eine Berufstätigkeit fachlich zu qualifizieren; andererseits muß durch behinderungsgerechte Wohn- und Transportmöglichkeiten sicher-

gestellt werden, daß die erlernten Qualifikationen auch tatsächlich beruflich genutzt werden können. Gute Erfahrungen werden vor allem dort gemacht, wo nicht Teilprobleme isoliert betrachtet und „gelöst“, sondern „Rehabilitationsketten“ ineinandergreifender Konzepte durchdacht und konkret organisiert werden; dies erfordert in der Regel ein „case management“ mit entsprechenden Kompetenzen.

Zur Ausfüllung der differenzierten Rechtsgrundlagen und zu ihrer praktischen Umsetzung dient ein ebenso differenziertes System an Einrichtungen und Diensten. Dies ermöglicht es, die notwendige Hilfe entsprechend der individuellen Bedarfssituation mit den geeigneten, auf sie zugeschnittenen Mitteln und Maßnahmen zu leisten. Wichtig ist dabei, die zur Eingliederung in die Gesellschaft notwendige Förderung möglichst mit einer Erhaltung und sachgerechten Fortentwicklung der bisherigen sozialen Bezüge in Einklang zu bringen. Daher ist dort, wo eine wirkungsvolle Förderung durch ambulante Hilfen möglich ist, diesen der Vorzug zu geben, zumal sie den Betroffenen mehr Möglichkeiten zu eigenverantwortlicher Gestaltung seiner Lebensumstände belassen. Auch haben Fördermaßnahmen, die eine Gemeinsamkeit mit Nichtbehinderten ermöglichen, Vorrang; die Hilfen in besonderen, gezielt auf Behinderte ausgerichteten Einrichtungen sind auf das unbedingt Notwendige zu beschränken. Allerdings muß in jedem Einzelfall die konkret benötigte Förderung gewährleistet sein, und zwar mit speziellen Diensten und Einrichtungen, wenn nur durch sie wirksam geholfen — und in vielen Fällen eine wirkliche Integration erst ermöglicht — werden kann; außerdem müssen die außerhalb von Einrichtungen geleisteten Hilfen ebenso umfassend erbracht werden wie das, was der einzelne aus dem „Gesamtangebot“ von Einrichtungen in Anspruch nehmen müßte.

1.11

Die Aufgabe, Menschen mit Behinderungen „**so normal wie möglich**“ am Leben der Gesellschaft teilhaben zu lassen, ist jedoch nicht allein Verpflichtung des Staates, sondern Aufgabe aller. War es für Familien, Freunde und Nachbarn schon immer selbstverständlich, auf nahestehende Behinderte Rücksicht zu nehmen, sie ins Leben einzubeziehen und ihnen nach besten Kräften Pflege und die benötigten Hilfen zukommen zu lassen, wird zunehmend auch in den unterschiedlichen Bereichen des privaten, gesellschaftlichen und öffentlichen Lebens — z. B. Bildung, Verkehr, Arbeit, Freizeit — diese Aufgabe erkannt und erfüllt. Soweit dies geschieht — auch über Selbsthilfe- und Interessengruppen und über Aktivitäten kirchlicher und freigemeinnütziger Organisationen —, ist das Ziel der Eingliederung erreicht. Je selbstverständlicher die menschlich gebotene Einbeziehung Behinderter in die allgemeinen und üblichen Lebensabläufe wird, um so besser können sich externe Hilfen — in der Regel von seiten der öffentlichen Hand — auf die Bereiche konzentrieren, in denen eine „automatische“ Teilhabe Behinderter (noch) nicht möglich ist. Sozialleistungen und sonstige Hilfen können die Eingliederung Behinderter und von

Behinderung Bedrohter in die Gesellschaft nicht ersetzen, sondern nur erleichtern und fördern; wo sie durch persönliches und gesellschaftliches Engagement entbehrlich gemacht werden, wird nicht nur die Eingliederung unmittelbar vollzogen, sondern mindert sich zugleich der Umfang der „erforderlichen Hilfen“.

Rechtsvorschriften, Einrichtungen und Dienste können außerdem nicht mehr sein als Angebote und Chancen zur Eingliederung; erreichbar sind die eingangs genannten Ziele nur bei einer entsprechenden **Motivation** der Behinderten oder von Behinderung Bedrohten. Rat und Hilfe zur Eingliederung müssen deshalb an konkret vorhandene Motivationen der Betroffenen anknüpfen und diese unter Berücksichtigung der im Einzelfall gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten fortentwickeln. Die Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation bedarf der Zustimmung des Behinderten (§ 4 Abs. 1 Rehabilitations-Angleichungsgesetz); an der Durchführung hat er mitzuwirken, und angemessenen Wünschen bei der Ausgestaltung wird nach Möglichkeit entsprochen. Weil Behinderten die Entfaltung ihrer Persönlichkeit in vielerlei Hinsicht erschwert ist, kommt es darauf an, wo immer möglich ihre eigene Initiative und Selbstbestimmung — und damit auch ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe — zu stärken und zu unterstützen.

1.12

Mit der deutschen Einigung wurden die rechtlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen für die **Herstellung gleichwertiger Eingliederungschancen** für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in allen Teilen Deutschlands geschaffen. Was der deutsche Einigungsprozeß insgesamt gebracht hat, kommt auch — und oft gerade — Behinderten zugute. Die Beseitigung von Unrecht, Unmenschlichkeit und Unterdrückung, die Teilhabe an Grundrechten wie der Rede-, Presse- und Vereinigungsfreiheit, die Abschaffung des allgegenwärtigen Systems der sogenannten Staatssicherheit, die Einführung der Möglichkeit, sich gegen jede Art von Unrecht vor unabhängigen Gerichten zur Wehr zu setzen, der freie Zugang zu allen Gütern, die in der Welt hergestellt und gehandelt werden — all dies hat auch die Lebenssituation der behinderten Menschen, die in der früheren DDR lebten, entscheidend verändert. So können z. B. Behinderte jetzt

- Selbsthilfegruppen und Vereinigungen frei bilden,
- sich frei und ungehindert nicht nur über die „große“ Politik, sondern auch über die Lage gleich oder ähnlich Betroffener in anderen Ländern und über die dort geleisteten Hilfen schriftlich, mündlich und durch Besuche hin oder her unterrichten,
- wie andere Bürgerinnen und Bürger ihre Sozialleistungen aufgrund von einklagbaren Rechtsansprüchen bekommen und
- unter den Hilfsmitteln und Kraftfahrzeugen aus aller Welt die auswählen, die ihren Bedürfnissen am besten gerecht werden.

1.13

Mit dem **Einigungsvertrag** wurde — als Bestandteil der gesamten Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland — auch das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht auf die neuen Bundesländer ausgedehnt; es trat dort — mit nur wenigen, anpassungsbedingten Ausnahmen — teils unmittelbar mit der Einigung am 3. Oktober 1990, teils zum 1. Januar 1991 in Kraft. Damit gilt jetzt einheitlich die rechtlich verbindliche Zielsetzung, allen Behinderten und von Behinderung Bedrohten unabhängig von Art und Ursache ihrer Behinderung die Hilfen zu geben, die sie im Einzelfall zu ihrer Eingliederung benötigen. Neben den Sozialgesetzen, die die Leistungen der Rehabilitation im einzelnen regeln, wurden auch die übergreifenden Regelungen für den Rehabilitationsbereich wirksam. So wurden sowohl das Rehabilitations-Angleichungsgesetz und die Kraftfahrzeughilfeverordnung als auch die auf der Grundlage des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes geschlossenen Gesamtvereinbarungen und die Kostengrundsätze auf die in den neuen Bundesländern tätigen Rehabilitationsträger erstreckt. Hierdurch konnten die in den neuen Bundesländern tätig werdenden Rehabilitationsträger von Anfang an die bewährten Grundsätze und Verfahrensregelungen anwenden, wie sie von den Beteiligten im bisherigen Bundesgebiet entwickelt worden sind.

Die tatsächlichen Voraussetzungen für die Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen in den neuen Bundesländern entsprechen allerdings noch nicht diesen rechtlichen Vorgaben. Dienste und Einrichtungen aufzubauen, die in Qualität und Angebotsdichte denen im bisherigen Bundesgebiet entsprechen, braucht Zeit. Behinderte Menschen, ihre Angehörigen und alle, die für Behinderte tätig sind, haben an die politische Wende im Osten Deutschlands sehr große Hoffnungen und Wünsche im Hinblick auf eine Verbesserung ihrer Lage und ihres Arbeitsfeldes geknüpft. Diese Hoffnungen orientieren sich an den Lebensbedingungen behinderter Menschen in den alten Bundesländern; dabei wird häufig übersehen, daß der dort erreichte Stand auf der Grundlage eines jahrzehntelangen Wirtschaftswachstums, schrittweise und nicht ohne ständiges Drängen der Behinderten selbst und ihrer Verbände entstanden ist. In der Zwischenzeit ist deutlich geworden, daß die Herstellung gleichwertiger Eingliederungschancen in allen Teilen Deutschlands ein längerer Prozeß ist, dessen Geschwindigkeit und dessen Erfolge sowohl von den finanziellen Rahmenbedingungen als auch von den Fähigkeiten zur Kooperation, zum Kompromiß und zum partnerschaftlichen Umgang miteinander abhängen.

1.14

Der **Prozeß der Umstellung und Neuorientierung** war und ist überaus kompliziert. Da die Eingliederung Behinderter in der ehemaligen DDR nach anderen Zielsetzungen und Verfahrensprinzipien erfolgte, brachte die Umstellung auf das neue Rechtssystem nicht nur die üblichen Umstellungsschwierigkeiten

mit sich, sondern ließ zugleich eine politische Diskussion erwarten, ob nicht zumindest einzelne der in der ehemaligen DDR üblich gewesenen Ansatzpunkte (z.B. Kreis- und Bezirks-Rehabilitationskommissionen, geschützte Betriebsabteilungen) erhaltenswert oder auch zur Einführung in den alten Bundesländern geeignet wären. In einem Forschungsvorhaben hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung daher die Umstellung der neuen Bundesländer auf das Rehabilitations- und Behindertenrecht der Bundesrepublik Deutschland untersuchen lassen. Der Abschlußbericht enthält

- eine Bestandsaufnahme der fachwissenschaftlichen Grundlagen, der administrativen Strukturen und der politischen Vorgaben der Rehabilitation in der ehemaligen DDR,
- eine Darstellung und Erläuterung der seit November 1989 eingeleiteten Reformbemühungen und der von der Bundesrepublik Deutschland ausgehenden Umstellungsprozesse am Beispiel ausgewählter Struktur- und Fachbereiche.

Die Umstellung ist im Behinderten- und Rehabilitationsbereich noch nicht abgeschlossen. Schwierigkeiten ergeben sich insbesondere daraus, daß das „westliche“ Rehabilitationsrecht in eine völlig anders geformte und gewachsene Sozialordnung transferiert wurde, und zwar aus einer Sozialordnung, in der sich die verschiedenen Sozialleistungszweige — und damit auch die den einzelnen Zweigen zugeordneten Leistungen zur Rehabilitation und Eingliederung Behinderter und von Behinderung Bedrohter — in vielen Jahren durch Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung entwickelt hatten und mit ihnen eine Vielfalt von Diensten, Einrichtungen und Behörden. Viele Behinderte in den neuen Bundesländern empfinden die aus den alten Bundesländern übernommenen Kriterien, Entscheidungs- und Handlungsmuster als nicht genügend auf ihre Situation und ihre Bedürfnisse zugeschnitten. Andererseits hatten sich die Menschen in der früheren DDR in den vier freien Wahlen des Jahres 1990 jeweils mit überwältigender Mehrheit für die Übernahme der „westlichen“ Gesellschaftsordnung ausgesprochen, und gerade auch behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen erwarteten, ohne Einschränkungen in diese Gesellschaftsordnung eingegliedert zu werden. Hilfen zur Eingliederung können sich aber nur auf die jeweils vorhandene Gesellschaftsordnung ausrichten — und für die Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland hat sich das in den alten Bundesländern übliche Instrumentarium nun einmal seit Jahrzehnten entwickelt und im Grundsatz auch bewährt.

1.15

Die für die behinderten Menschen in diesen Ländern entstandene **neue Lebenssituation** bietet ihnen neue Chancen, räumt ihnen neue Rechte und Rechtsansprüche ein, eröffnet ihnen Möglichkeiten zu mehr Selbstbestimmung, birgt aber auch große Verunsicherung in sich. Die Vielzahl von neuen Regelungen bereitet den Menschen wegen ihrer Unübersichtlich-

keit Schwierigkeiten und führt zum Gefühl der Hilflosigkeit. Hinzu kommt, daß auch die Verwaltungen noch erhebliche Probleme mit dem Gesetzesvollzug haben, da die entsprechenden Verwaltungsstrukturen in einem relativ kurzen Zeitraum aufgebaut werden mußten und die anstehenden Aufgaben von Personen erfüllt werden, die aus anderen Berufen und Tätigkeitsfeldern als denen einer rechtsstaatlich organisierten und gebundenen Sozialverwaltung kommen. Diese Mitarbeiter mußten und müssen Arbeiten und Lernen tagtäglich miteinander verbinden.

Obwohl die Entwicklungen seit 1989 insgesamt eher beflügelnd auf die Entstehung von Initiativen von und für Behinderte gewirkt und deren Mut zur Formulierung ihrer Forderungen gefördert haben, sind neue Probleme entstanden, deren Lösung noch weitreichender Anstrengungen bedarf. Dabei ist die Arbeit von Behindertenverbänden und -vereinen sowie von Selbsthilfegruppen vonnöten. Die Bundesregierung unterstützte — u. a. durch die Übernahme von Personal- und Sachkosten — den Aufbau und die Entwicklung von Selbsthilfeverbänden in den neuen Ländern. Gegenwärtig gibt es in den neuen Bundesländern mehr als 600 Selbsthilfeorganisationen auf Orts- und Landesebene, die über ihre Bundesverbände der Bundesarbeitsgemeinschaft „Hilfe für Behinderte“ zuzuordnen sind; auch die „klassischen“ Kriegsopfer- oder Behindertenverbände der Bundesrepublik Deutschland, wie etwa der VdK und der Reichsbund, sind in den neuen Bundesländern überall präsent. Diese Entwicklung ist um so bemerkenswerter, als Behindertenverbände unter den Bedingungen der ehemaligen DDR nur für Seh- und Hörbehinderte gebildet werden konnten.

In den nächsten Jahren werden verstärkte Anstrengungen erforderlich sein, um die entsprechenden Verwaltungs- und Angebotsstrukturen in der Behindertenhilfe in den neuen Ländern zu entwickeln. Das schließt auch ein, Probleme behinderter Menschen stärker als bisher in das öffentliche Bewußtsein zu rücken, da diese Fragen in der öffentlichen Diskussion früher kaum eine Rolle gespielt haben. Dementsprechend wurden bereits in verschiedenen Ländern und Kommunen Behindertenbeauftragte eingesetzt, die Erstellung von Behindertenplänen auf kommunaler und Landesebene unterstützt und Arbeitsgemeinschaften der verschiedenen Träger der Hilfen zur Rehabilitation und Eingliederung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gebildet. Das neue Verständnis für die Behinderten findet Ausdruck auch in der öffentlichen Selbstdarstellung, wie sie zum Beispiel bereits im Mai 1992 mit dem Ersten Sächsischen Behindertentag stattfand.

1.16

Fragen der Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen müssen zwar durchweg auf nationaler Ebene beraten und gelöst werden, sind aber zunehmend auch Gegenstand **internationalen Erfahrungsaustauschs** auf unterschiedlichen Ebenen. So hatten die Vereinten Nationen nach dem Internationalen Jahr der Behinderten 1981, das auf volle Mitwirkung und Gleichstellung aller Behinderten in der

Gesellschaft abzielte, für 1983 bis 1992 eine Dekade der Behinderten ausgerufen und in einem Weltaktionsprogramm Prävention, Rehabilitation und Chancengleichheit zu wichtigen Arbeitsfeldern erklärt; die Generalversammlung hat im Oktober 1992 in einer Resolution alle Mitgliedstaaten aufgefordert, ihre Bemühungen um wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderungen zu intensivieren.

Das Übereinkommen Nr. 159 der Internationalen Arbeitsorganisation von 1983 über die berufliche Rehabilitation und die Beschäftigung der Behinderten, das die Grundzüge einer innerstaatlichen Politik auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation und der Beschäftigung festlegt, ist von Deutschland und von 45 anderen Staaten ratifiziert worden. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung hat mehrfach den auch ökonomischen Nutzen einer aktiven Rehabilitations- und Eingliederungspolitik herausgestellt.

Das Ministerkomitee des Europarates billigte im April 1993 eine Neufassung der aus dem Jahre 1984 stammenden Entschließung über eine kohärente Politik für behinderte Menschen, die in einer eigenen Ministerkonferenz im November 1991 beraten worden war. Die Entschließung zeichnet eine umfassende konzeptionelle Linie vor, in der die Forderungen und Entwicklungen für die unterschiedlichen Lebens- und Politikbereiche einander zugeordnet werden und eine Art „Drehbuch für eine zeitgemäße europaweite Behindertenpolitik“ entworfen wird.

Auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft haben elf der zwölf Regierungschefs im Dezember 1989 die „Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer“ gebilligt, die unter anderem vorsieht: „Alle Behinderten müssen unabhängig von der Ursache und Art ihrer Behinderung konkrete ergänzende Maßnahmen, die ihre berufliche und soziale Eingliederung fördern, in Anspruch nehmen können. Diese Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen müssen sich je nach Fähigkeiten der Betroffenen auf berufliche Bildung, Ergonomie, Zugänglichkeit, Mobilität, Verkehrsmittel und Wohnung erstrecken.“ Die Förderung der Integration Behinderter durch Erfahrungsaustausch und Zusammenarbeit war und ist auch Gegenstand mehrerer Programme auf Gemeinschaftsebene, von denen derzeit die Umsetzung des im Februar 1993 vom Rat beschlossenen Programms HELIOS II anläuft.

Die Bundesregierung hat internationalen Erfahrungsaustausch in der Behindertenpolitik im Rahmen ihrer Möglichkeiten stets unterstützt und begrüßt es, wenn dieser Austausch nicht nur nationale und regionale Behörden, sondern auch Rehabilitationsträger und -einrichtungen sowie insbesondere auch behinderte Menschen selbst und ihre Verbände einbezieht. Auch bilaterale Beziehungen auf allen Ebenen können zu „dissemination of good practice“ und damit unmittelbar zur Verbesserung der Lebensverhältnisse behinderter Menschen beitragen. Besonders wichtig ist dieser Aspekt derzeit bei der Neugestaltung der Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung in Mittel- und Osteuropa, bei der Fragen der Eingliederung Behinderter ins Arbeitsleben und in

die Gesellschaft insgesamt eine eigene Bedeutung haben; hier unterstützt die Bundesregierung eine Vielzahl von Arbeits- und Beratungskontakten z. B. mit Ungarn, Polen, Rußland, Weißrußland, Lettland und Litauen.

2. Vorsorge, Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung

2.1

Entsprechend der Zielsetzung in § 10 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch wird zunächst angestrebt, durch gezielte **Vorsorge** dem Entstehen von gesundheitlichen Schädigungen, Funktionsbeeinträchtigungen und Behinderungen entgegenzuwirken und ihre Verschlimmerung so weit wie möglich zu verhindern; das gilt für alle Altersgruppen und Lebensbereiche. Wichtige Felder hierbei sind Arbeitsschutz und Unfallverhütung sowie Umweltschutz und Gesundheitsvorsorge, vor allem auch bei chronisch-degenerativen Erkrankungen.

Alle Bemühungen, Behinderungen zu vermeiden, können allerdings nach derzeitigem Kenntnis- und Entwicklungsstand nur teilweise Erfolg haben. Einerseits wirkt eine Vielzahl von Gefährdungspotentialen auf die Menschen und ihre Entwicklung ein, deren krankheits- und behinderungsbedingende Faktoren weder für sich allein noch in ihrem Zusammenwirken voll erkennbar sind. Zum anderen erschwert der ständige Wandel der Lebensbedingungen die Erkenntnis und die Beseitigung insbesondere der Einflußfaktoren, die erst längerfristig oder unter besonderen Bedingungen wirksam werden.

Auch ist nicht alles, was wissenschaftlich machbar ist, für eine Anwendung in der Praxis geeignet, wenn z. B. gewichtige ethische Grundsätze entgegenstehen; dies betrifft insbesondere die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik und der Gentechnologie. Selbst wenn ein Leben mit einer Behinderung droht, sind die Prinzipien der Menschenwürde und der freien Entfaltung menschlichen Lebens zu wahren. Medizin, Biologie und Technik sind daher in einen gesellschaftlichen Konsens einzubeziehen; in diesem Konsens müssen zur Wahrung ethischer Grundsätze bei Bedarf auch Rechtsnormen gesetzt oder präzisiert werden mit dem Ziel, Schutz vor Selektion und Diskriminierung zu gewährleisten.

2.2

Bestehende Möglichkeiten für Vorsorge, Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung werden nur in Anspruch genommen, wenn die Betroffenen ausreichend **aufgeklärt** und von der Nützlichkeit der angebotenen Vorsorgemaßnahmen für die eigene Gesunderhaltung überzeugt sind und von der Existenz solcher Einrichtungen überhaupt Kenntnis haben.

Motivationshilfen zu gesundheitsbewußtem Verhalten der Versicherten haben nach § 20 des Fünften

Buches Sozialgesetzbuch die Krankenkassen anzubieten. Sie haben nicht nur über Gesundheitsschäden und Krankheitsverhütung zu informieren, sondern auch die Möglichkeit, gesundheitserhaltendes Verhalten der Versicherten durch Angebote von aktiven Beratungs- und Trainingskursen zu fördern; dies hat bei chronisch kranken und behinderten Menschen besondere Bedeutung für die Erhaltung ihres Gesundheitszustands sowie für die Akzeptanz der notwendigerweise angepaßten Verhaltensstile und Lebensbedingungen. Die Krankenkassen sowie die Träger der Unfall- und Rentenversicherung können dazu die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen durch Zuschüsse fördern sowie mit Ärzten, kassenärztlichen Vereinigungen, Gesundheitsämtern, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und freien Initiativen enger kooperieren.

Daß verstärkte Aufklärungsaktivitäten Einsichten, Interesse und Teilnahme der Betroffenen an Vorsorgeuntersuchungen fördern, beweisen erfolgreich erprobte Einladungsmodelle der Krankenkassen in verschiedenen Bereichen der Früherkennungsuntersuchungen, z. B. für Säuglinge und Kleinkinder sowie bei Krebs und anderen chronischen Krankheiten, die einen spürbaren Anstieg der Vorsprachen insbesondere auch zu den letzten Untersuchungsterminen bewirkt haben. Auch das positive Wirken von Selbsthilfegruppen und privaten Organisationen ist besonders in den Bereichen Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen, Rheuma, Sucht, Atemwegserkrankungen und Allergien hervorzuheben.

2.3

Gesundheitsbewußte Lebensführung und verantwortliche Entscheidung zur Schwangerschaft sind sinnvolle Maßnahmen zur Reduzierung von Behinderungen. Zugleich muß glaubwürdige Aufklärung der Illusion vorbeugen, durch vermehrte Vorsorgeanstrengungen könne jegliche Form von Behinderungen vermieden werden, und das Bewußtsein dafür schärfen, daß Behinderungen untrennbar zum menschlichen Leben gehören.

Nur der kleinere Teil von angeborenen Erkrankungen ist erblich bedingt. Dennoch besteht insbesondere bei Frauen und Männern, deren Belastung mit vererbten Risikofaktoren bekannt ist, die Möglichkeit zur **genetischen Beratung**, um die Risiken einer Schwangerschaft abzuwägen und gewichten zu können. Genetische Untersuchungs- und Beratungsstellen gewährleisten bundesweit, daß allen einschlägigen Anforderungen entsprochen werden kann. Das ständige Anwachsen der Kenntnisse über molekularbiologische Zusammenhänge sowie die weitere Entschlüsselung von Genen werden zur Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten in diesem Bereich beitragen. Allerdings stehen den diagnostischen Fortschritten im Bereich der Früherkennung bislang nur erste Möglichkeiten für eine wirksame Vorsorge und Therapie gegenüber. Ist abzusehen, daß Kinder mit einer schweren Behinderung geboren werden, ist und bleibt es zunächst Aufgabe der Eltern, insbesondere der Schwangeren selbst, die daraus entstehen-

den Konfliktsituationen zu bedenken; die in diesem Fall erweiterten Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs dürfen nicht als Aufforderung mißverstanden werden, sondern geben Gelegenheit zu besonders verantwortungsvollen Entscheidungen.

Die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft zum Erkennen und zum Ausschluß weiterer Risikofaktoren werden nach bisherigen Erkenntnissen in hohem Maße genutzt. Bei 61 v. H. aller Schwangerschaften lag nach Erkenntnissen für 1989 mindestens ein Risiko zugrunde; die Zahl der Risiken nimmt seit Jahren zu. Dies erfordert auch weiterhin eine hohe Inanspruchnahme der Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, die im übrigen 1990 um eine vorgeburtliche Rhesusprophylaxe erweitert wurden.

2.4

Je früher in der kindlichen Entwicklung eine Auffälligkeit oder Beeinträchtigung erkannt wird, desto besser kann vorgebeugt und geholfen werden, weil gerade die frühkindlichen Entwicklungsphasen durch eine hohe Beeinflußbarkeit gekennzeichnet sind. **Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder** sind bereits seit 1971 Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; dem hat sich seit 1974 auch die Sozialhilfe angeschlossen. Durch das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch ist seit 1989 der Zeitraum für Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern bis auf das 6. Lebensjahr ausgedehnt worden, da die Entwicklung der Kinder mit vier Jahren nicht abgeschlossen ist und auch in den Folgejahren zahlreiche Erkrankungen auftreten können, die der Frühbehandlung zugänglich sind.

Im Rahmen dieser Vorsorge werden insgesamt neun ärztliche Untersuchungsreihen (U 1 bis U 9) angeboten, die sich vom Zeitpunkt unmittelbar nach der Geburt an kontinuierlich über die ersten sechs Lebensjahre des Kindes verteilen und so den ersten wichtigen Lebensabschnitt, der für die Entwicklung eines jeden Kindes richtungweisende Bedeutung besitzt, medizinisch begleiten. Gegenstand und Methodik der Untersuchungen werden ständig überprüft und fortentwickelt. Jede der Untersuchungen, deren Ergebnisse in einem Untersuchungsheft festgehalten werden, das bei den Eltern verbleibt, ist Teil eines ganzheitlichen Vorsorgekonzepts zur Früherkennung von Krankheiten; nach allgemeiner Erkenntnis sind die letzten Untersuchungen selbst dann unverzichtbar, wenn bis zu diesem Zeitpunkt bei einem Kind keine gesundheitlichen Auffälligkeiten registriert werden konnten.

Durch die bereits genannten Einladungsmodelle und das Übersenden von Berechtigungsscheinen auf Initiative der Krankenkassen konnte im Zehnjahreszeitraum von 1980 bis 1990 die ohnehin schon recht hohe Beteiligung an den Früherkennungsuntersuchungen von 84,04 v. H. der Berechtigten im Jahre 1980 auf über 92,25 v. H. im Jahre 1990 (Zahlen für die alten Bundesländer) erhöht werden. Trotz dieses beachtlichen Ergebnisses sollten die Bemühungen

fortgesetzt werden, alle Eltern von der Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchungen zu überzeugen.

2.5

Die Früherkennungsuntersuchungen einschließlich des Screenings können in der Regel von jedem Kinderarzt oder Arzt für Allgemeinmedizin durchgeführt werden. Hör- und Sehstörungen werden jedoch oft erst spät diagnostiziert, weil entsprechend einfach zu handhabende Screeningmethoden noch nicht zur Verfügung stehen; hier wird nach Lösungen unter anderem über Forschungs- und Modellvorhaben gesucht. Die **Früherkennung hörgeschädigter Kleinkinder** ist nach dem gegenwärtigen Forschungsstand in den ersten Lebensmonaten erforderlich, damit die Kinder bereits vor dem sechsten Lebensmonat mit Hörgeräten versorgt und mit gezielter Therapie an die Sprachentwicklung gut hörender Kleinkinder, die mit dem 6. bis 8. Lebensmonat einsetzt, herangeführt werden können.

2.6

Insbesondere bei Schulkindern und Jugendlichen übernimmt der **schulärztliche Dienst** die wichtigen Aufgaben der Früherkennung und Prophylaxe. Eine besondere Bedeutung hat er dabei auch bezüglich der Vorsorge gegen Infektionskrankheiten durch Impfungen.

2.7

Die größere methodische Sicherheit und Genauigkeit der Vorsorgeuntersuchungen, die zunehmende Erfahrung der Ärzte mit der **Handhabung der Früherkennungsprogramme** und den Konsequenzen von Verdachtsbefunden führte zu einem Rückgang des Anteils der in Vorsorgeuntersuchungen aufgefallenen Kinder. Die relative Häufigkeit der „unauffälligen“ Befunde stellt sich in den alten Bundesländern in den Untersuchungsreihen U3 bis U9 für das Jahr 1990 wie folgt dar (in v. H.):

U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
91,5	90,4	93,4	95,4	96,3	94,3	92,4

Bei gesundheitlichen Auffälligkeiten ermöglicht das eingespielte System der Vorsorge und Frühbehandlung die wichtige Frühintervention. Hierzu dient ein differenziertes Versorgungsangebot; in ihm leisten die erforderlichen Hilfen

- niedergelassene Kinder- und andere Ärzte zusammen mit anderen medizinischen Fachberufen, Psychologen u. a.,
- ambulante Frühförderstellen und
- überregionale sozialpädiatrische Zentren.

Medizinische Erstberatung und -behandlung obliegen in der Regel einem der rund 4 800 niedergelasse-

nen Kinderärzte. Unterstützende Arbeit leisten dabei besonders qualifizierte Fachkräfte der Gesundheitsämter und die Landesärzte für Behinderte. Vielfach erfordern Frühbehandlung und Frühförderung integrative medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Dienste, also ein interdisziplinäres Angebot, das wohnort- und familiennah bereitgestellt werden sollte. In diesem Bereich haben sich in den alten Bundesländern sowohl die etwa 757 Frühförderstellen als auch die 69 Sozialpädiatrischen Zentren als unverzichtbare Bestandteile des Versorgungssystems bewährt, ohne in Konkurrenz zueinander zu treten. In den neuen Bundesländern werden ähnliche Strukturen derzeit aufgebaut; regional bestehen aber noch Defizite.

2.8

Sowohl die **Anforderungen an die Frühförderstellen** als auch der Personenkreis der frühförderbedürftigen Kinder erweitern und verändern sich; die Wartezeiten auf entsprechende Beratung nehmen zu. In den Frühförderstellen werden immer mehr Eltern mit Kindern vorstellig, die als „von Behinderung bedroht“ zu bezeichnen sind. Der Anteil älterer Kinder, die Hilfen durch Frühförderung erfahren, wird größer, auch durch Zunahme von Angeboten gemeinsamen Lebens und Lernens behinderter und nichtbehinderter Kinder im vorschulischen Bereich.

In den alten Bundesländern hat sich die Einsicht in die Notwendigkeit einer familienorientierten Frühförderung generell durchgesetzt. Auch dort, wo Frühförderung sich in den letzten Jahren nur schwer oder kaum entwickeln konnte, zeigen sich erfreuliche Ansätze; dies gilt insgesamt auch für die neuen Bundesländer. Rheinland-Pfalz unternimmt einen weiteren Schritt, indem neben der erfolgreichen wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung beabsichtigt ist, eine Hausfrühförderung durch die Zentren anzubieten. Auch im Freistaat Sachsen und in Thüringen wird zur Zeit daran gearbeitet, mobile Angebote zur Frühförderung einzurichten.

In den Kommunen sind eine Vielzahl von Stellen mit der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder befaßt. Diese sehr verschiedenartigen Einrichtungen und Fachdienste in teils privater, teils öffentlicher Trägerschaft weisen sowohl hinsichtlich ihrer Dichte und Ausstattung als auch hinsichtlich ihrer Organisation und Arbeitsweise örtlich und regional erhebliche Unterschiede auf. Ziel kommunaler Behindertenhilfe ist es, die Leistungen dieser Stellen zusammenzuführen.

Wenn die Hilfen für die Eltern und die gesamte Familie möglichst früh einsetzen, werden Fehlverhalten vermieden, die Fähigkeit zur Selbsthilfe gestärkt, Angst abgebaut und Hilflosigkeit überwunden. So schließt z. B. die Palette der städtischen Hilfsangebote psychologische und pädagogische Beratung, Hilfsmittelberatung, technische Beratungen bei Umbauten im Haus und an Fahrzeugen, häusliche Pflege sowie Unterrichtung über Rechte und Hilfen ein.

Obwohl sich in der Praxis bereits vielerorts kompetente und tragfähige Modelle der Zusammenarbeit

zwischen Ärzten und Frühförderstellen entwickelt haben, erscheint die Zusammenarbeit insgesamt verbesserungsbedürftig; bewährt haben sich in diesem Zusammenhang integrative Fachgespräche.

2.9

Noch nicht in allen Bundesländern und Regionen sind die notwendigerweise aufeinander abzustimmenden medizinischen, pädagogischen, psychologischen und sozialarbeiterischen frühen Hilfen ausreichend finanziert und koordiniert. Die **finanzielle Absicherung der Frühförderung** scheint in den Bundesländern am besten zu gelingen, in denen neben den „klassischen“ Leistungsträgern Sozialhilfe und Krankenversicherung ein dritter, landesweiter Finanzierungsträger hinzutritt.

Während bei den Frühförderstellen mehr die psychologische, pädagogische und soziale Hilfe für Eltern und Kinder im Vordergrund steht, konzentrieren sich die Hilfen sozialpädiatrischer Einrichtungen vorzugsweise auf breitgefächerte diagnostische und medizinisch-therapeutische Angebote für Fälle besonders schwieriger Problematik. Durch das gleichberechtigte Zusammenwirken und die wechselseitige Ergänzung aller Angebote ist in den alten Bundesländern ein Versorgungsnetz entstanden, das dem Bedarf nach einer individuellen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in der Regel dort gerecht wird, wo die Koordinierung der Zusammenarbeit gesichert ist. Diesen Standard gilt es aus der Sicht der Bundesregierung nicht nur zu erhalten, sondern zeitgerecht fortzuentwickeln und auch in den neuen Bundesländern — als Ziel notwendiger Entwicklung — zu erreichen.

Mit dem Ziel einer ortsnahen und damit familiengerechten Frühförderung wurde im Freistaat Bayern ein flächendeckendes Netz von interdisziplinär tätigen Frühförderstellen im Verbund mit einigen größeren Zentren geschaffen. Derzeit bestehen in Bayern 114 Frühförderstellen mit zahlreichen Außenstellen sowie acht sozialpädiatrische Zentren. Um eine bestmögliche Förderung und Betreuung der behinderten Kinder zu gewährleisten und die Finanzierung der Frühfördermaßnahmen dauerhaft zu sichern, leistet Bayern staatliche Zuschüsse zu den Personal- und Sachkosten sowie zu Bau- und Ausstattungsmaßnahmen der Frühförderstellen.

In der ehemaligen DDR gab es eine Frühförderung vorwiegend durch ambulante Anleitung der Eltern in Spezialsprechstunden an Kinderkliniken und in den kinderneuropsychiatrischen Beratungsstellen sowie durch die Tagesbetreuung der Kinder in Krippen, Kindergärten und spezialisierten Tageseinrichtungen als Vorschuleinrichtungen an Sonderschulen. Das Angebot an Frühförderung war besonders für mehrfachbehinderte Kinder nicht flächendeckend und von sehr unterschiedlicher Qualität; häufig fehlte den Eltern ein Partner, der die verschiedenen Aktivitäten organisierte und die Eltern beim Prozeß der Frühförderung begleitete. Die jetzt notwendigen und möglichen Formen der Frühförderung entwickeln

sich teilweise aus den vorhandenen Strukturen, teilweise entstehen sie völlig neu.

So sind z. B. im Land Brandenburg vier Standorte für sozialpädiatrische Zentren vorgesehen; zwanzig regionale Frühförder- und Beratungsstellen befinden sich derzeit dort im Aufbau. Für sie wurden Empfehlungen erarbeitet und herausgegeben, die eine dem Bedarf entsprechende Vernetzung der Fachressourcen ermöglichen und die interdisziplinäre Arbeit gewährleisten sollen. Für die medizinische Erstberatung und -behandlung gibt es in diesem Land rund 187 niedergelassene Kinderärzte und — als wichtige Kooperationspartner — die an den 18 Gesundheitsämtern angesiedelten kinder- und jugendärztlichen Dienste.

2.10

Die therapeutischen Maßnahmen müssen begleitet werden durch sehr frühzeitige **pädagogische Förderung**, die sich ganzheitlich auf alle Entwicklungsbereiche (motorische Entwicklung, Entwicklung von Sprache und Denken, soziale Entwicklung, emotionale Entwicklung) erstreckt, um Funktionseinschränkungen und daraus resultierende Entwicklungsverzögerungen in anderen Bereichen zu vermeiden oder so gering wie möglich zu halten. Zur Weiterentwicklung der pädagogischen Förderung im System der Frühförderung wurden vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft in einer detaillierten Untersuchung Struktur, Organisation und Arbeitsbedingungen der Frühfördereinrichtungen sowie die Probleme im Zusammenwirken der an der Frühförderung beteiligten Institutionen analysiert. Um der dabei erneut deutlich gewordenen Rolle der Familie angemessen gerecht zu werden, wurde mit der Entwicklung eines spezifischen Elternbildungskonzeptes begonnen. Es wird in den nächsten Jahren darauf ankommen, dieses über entsprechende Maßnahmen der Weiterbildungsträger umzusetzen.

2.11

Die Sicherung und Fortschreibung der bewährten Hilfen setzen klare Regelungen für die Finanzierung voraus; gleichwohl bestehen bei den sozialpädiatrischen Zentren nach wie vor Probleme hinsichtlich der **Abgrenzung der Leistungszuständigkeiten** zwischen Krankenversicherung und Sozialhilfe. Mit dem seit Januar 1992 geltenden § 43a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wurde ein erneuter Anlauf unternommen, die sowohl unter humanitären Aspekten wie unter denen langfristiger Ressourcenschonung sehr wichtige Arbeit der Zentren endlich aus den seit vielen Jahren andauernden Kostenstreitereien herauszubekommen; es wurde klargestellt, daß die gesetzliche Krankenversicherung die unter ärztlicher Verantwortung erbrachten nichtärztlichen (psychologischen, heilpädagogischen und psychosozialen) Leistungen der Zentren zu tragen hat, wenn und soweit sie der Diagnostik und der Aufstellung des Behandlungsplanes dienen. In der Praxis werden allerdings immer noch Probleme gesehen, Diagno-

stik und Behandlungsplan leistungsrechtlich von der Behandlung selbst abzugrenzen; die hierzu geführten Gespräche der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Sozialhilfeträger mit den Fachgesellschaften haben zu einer Empfehlungsvereinbarung geführt, die aber noch nicht von allen Beteiligten umgesetzt wird.

2.12

Unter den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch jährliche **Krebsvorsorgeuntersuchungen** für Frauen ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr vorgesehen. Diese Untersuchungen haben sich bewährt, wenn auch hier die Quote der Inanspruchnahme 1990 für Frauen bei 43 v.H., für Männer bei 14 v.H. lag und damit immer noch als viel zu gering anzusehen ist. Die Krankenkassen bemühen sich, durch gezielte Aufklärung und individuelle Ansprache der Versicherten die Inanspruchnahme zu verbessern. Hierzu soll auch beitragen, daß Früherkennungsuntersuchungen direkt im Rahmen der kurativen Behandlung vom Arzt initiiert werden können.

Das verstärkte Auftreten von Herz- und Kreislauferkrankungen, Rheuma, Atemwegs- und Hauterkrankungen, Allergien, psychischen Erkrankungen und von Aids bedeutet eine weitere große Herausforderung an das bestehende Gesundheitssystem. Deshalb finden spezifische Forschungsprogramme und Modellvorhaben zur Einführung und Optimierung von Präventionsmaßnahmen die Unterstützung der Bundesregierung, z.B. im Rahmen des Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“.

2.13

Durch die mit dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch eingeführte **Gesundheitsuntersuchung „Check-up“** für über 35-jährige können bestimmte Risikofaktoren, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus frühzeitig festgestellt und anschließend mit wesentlich besseren Erfolgsaussichten behandelt werden. Erste Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleituntersuchung zeigen, daß bei 12 v.H. der Teilnehmer eindeutig erhöhte Blutdruckwerte, bei rund 5 v.H. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei etwa 5 v.H. ein Diabetes mellitus neu festgestellt werden konnten.

Nach den Ergebnissen der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP-Studie) sind knapp über 40 v.H. der deutschen Erwachsenen leicht und etwa 16 Prozent massiv übergewichtig. In engem Zusammenhang mit dem Übergewicht entwickelt sich ein zu hoher Blutdruck. Nach der o. g. Studie weisen etwa 42 v.H. der deutschen Bevölkerung zu hohen Blutdruck unterschiedlichen Grades auf.

Bei der Gesundheitsuntersuchung sind die Ärzte in besonderem Maße gefordert, „Patienten“, die noch kein Krankheitsgefühl haben, unter Berücksichtigung ihres individuellen Risikoprofils in der Lebens-

gestaltung im Hinblick auf Vermeidung und Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zu beraten. Bisher nehmen nur etwa 20 v.H. der anspruchsberechtigten Bevölkerung diese Gesundheitsuntersuchungen in Anspruch. In Hinblick auf die bestehende Notwendigkeit, chronische Erkrankungen und Risiken präventiv zu beeinflussen, wird der Check-up als sinnvolles Instrument betrachtet, dessen Inanspruchnahmequote durch Aufklärungsmaßnahmen weiter verbessert werden sollte. Um mehr Anreiz zu gesundheitsbewußtem Verhalten zu geben, wird überdacht, die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen mit Anreizen z. B. bei der Beitragsbemessung zu koppeln.

2.14

Gesundheitsförderung findet zunehmend auch im Rahmen der Rehabilitation mit dem Ziel statt, Risikofaktoren des Alltagslebens wie z. B. Rauchen, mangelnde Bewegung, falsche Ernährung und Streß abzubauen. In den stationären Rehabilitationseinrichtungen, in denen z. B. die Rentenversicherung ihre einschlägigen Leistungen erbringt, sind in der Regel Psychologen, Sozialarbeiter und Gesundheitsberater tätig, um über den Klinikaufenthalt hinaus den einzelnen zu informieren, zu motivieren und die Selbstverantwortung zu stärken.

Die Inhalte von ambulanten Kuren sollen durch den Ausbau von Gesundheitsförderungsangeboten in Badeorten verbessert werden. Hierzu wurden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam mit dem Deutschen Bäderverband im Jahre 1989 „Gemeinsame Grundsätze für ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren“ entwickelt, die durch gemeinsame Leistungsbeschreibungen für individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskuren konkretisiert wurden. Die Grundsätze werden zur Zeit durch Aufbau entsprechender Strukturen in den Badeorten umgesetzt.

2.15

Bei der **Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren** können die Krankenkassen nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs mitwirken und arbeiten hierzu mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung eng zusammen. Zur Förderung dieser Zusammenarbeit haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und Unfallversicherungsträger eine Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit geschlossen. Diese Vereinbarung regelt den gegenseitigen Datenaustausch, Information, Aufklärung und Beratung sowie die Durchführung präventiver Maßnahmen. Hierzu sind in der Zwischenzeit verschiedene Modellversuche angelaufen. Auch die Länder bereiten mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung Empfehlungsvereinbarungen vor.

Gesundheitsförderung muß problemorientiert und betriebsspezifisch angelegt sein, um die Zielgruppen zu erreichen. Die betriebliche Gesundheitsförderung

hat zum Ziel, in Zusammenarbeit mit dem betrieblichen Arbeitsschutz zur Verringerung schädigender und krankmachender Einflüsse beizutragen. Das ist um so wichtiger, als ein Viertel der deutschen Arbeitnehmer berufsbedingt unter Lärm, 20 v. H. unter Öl und Schmutz leiden; 23 v. H. müssen schwere Lasten tragen, 15 v. H. arbeiten in gebückter, hockender oder knieender Haltung. Zwar ist bei der Arbeit die körperliche Belastung in den vergangenen zehn Jahren weiter gesunken, aber die psychische Belastung steigt, insbesondere durch Termindruck, soziale Isolation, kurze Takte und hohes Fertigungstempo.

2.16

Für die **Rentenversicherung** werden arbeitsbedingte und andere Erkrankungen und Schädigungen vor allem dadurch relevant, daß wegen verminderter Erwerbsfähigkeit Renten zu zahlen sind. 1991 waren von den Renten an männliche Versicherte 36,5 v. H. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt, davon

Versichertenrenten 1991 wegen	v. H.
verminderter bergmännischer Berufsfähigkeit	0,7
Berufsunfähigkeit bei knappschaftlicher Beschäftigung	0,2
sonstiger Berufsunfähigkeit	6,3
Erwerbsunfähigkeit (60 Monate Wartezeit)	26,2
Erwerbunfähigkeit (240 Monate Wartezeit)	3,1

Mit dem Rentenreformgesetz '92 wurde deshalb auch für die Rentenversicherung die Möglichkeit geschaffen, über die Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation hinaus gezielte Vorsorge zu betreiben. Nach § 31 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch können die Rentenversicherungsträger unter bestimmten Voraussetzungen für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben, stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erbringen. Bisher wird diese Maßnahme allerdings nur wenig in Anspruch genommen.

2.17

Die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ist eine wichtige Aufgabe der gesetzlichen **Unfallversicherung**; deren Träger erfüllen diese Auf-

gabe durch Erlaß von Unfallverhütungsvorschriften und durch Kontrolle über deren Einhaltung durch technische Aufsichtsdienste. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen werden unter Beachtung von derzeit 44 „berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen“ entsprechend der vielfältigen Arbeitsplatzbelastungsformen vorgenommen. 1991 wurden etwa 3 Mio arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in den alten und neuen Bundesländern durchgeführt, wobei die steigende Zahl der gesundheitsschädlichen Arbeitsstoffe zu immer neuen Aktivitäten zwingt.

Insgesamt führten die Träger der Unfallversicherung im Jahre 1991 folgende Schulungskurse durch, um Unfällen und Berufskrankheiten entgegenzuwirken:

	Kurse	Teilnehmer
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	13 737	313 760
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	2 283	42 702
Eigenunfallversicherung	1 314	27 261

In den Jahren 1991 und 1992 haben die Unfallversicherungsträger insgesamt für Unfallverhütung und Erste Hilfe aufgewandt (in Mio DM):

	1991	1992
Herstellung von Unfallverhütungsvorschriften	16,7	12,9
Überwachung und Beratung der Unternehmen	514,4	579,9
Ausbildung	111,3	131,9
Zahlungen an Verbände für Unfallverhütung	68,3	91,9
arbeitsmedizinische Dienste	81,5	98,2
sonstige Kosten der Unfallvergütung	64,6	71,7
Erste Hilfe	8,9	10,6
Aufwendungen insgesamt	865,7	997,1

2.18

Große Bedeutung unter den berufsbedingten Schädigungen haben auch die von der Unfallversicherung anzuerkennenden und zu entschädigenden **Berufskrankheiten**; die fünf häufigsten dieser Berufskrankheiten entwickelten sich seit 1949 wie folgt:

Jahr	Meniskus-schäden		Lärmschwerhörig-keit und Lärmtaubheit		Infektions-krankheiten		Quarzstaublungen-erkrankungen (Silikose)		Haut-erkrankungen	
	ange-zeigte	erstmal-entschä-digte	ange-zeigte	erstmal-entschä-digte	ange-zeigte	erstmal-entschä-digte	ange-zeigte	erstmal-entschä-digte	ange-zeigte	erstmal-entschä-digte
	Fälle		Fälle		Fälle		Fälle		Fälle	
1949	0	0	26	7	3 243	909	23 689	5 184	1 784	104
1959	1 978	1 147	129	16	1 622	520	6 599	3 976	6 197	462
1969	2 279	1 093	1 833	524	2 161	878	5 814	1 396	6 997	518
1979	1 231	521	17 664	2 635	3 174	1 003	3 738	940	11 144	460
1989	2 193	250	10 147	1 185	1 501	227	2 753	545	18 333	663
1990	1 809	277	10 018	1 039	1 926	184	2 499	454	20 670	753
1991	1 530	315	10 329	1 149	1 653	160	2 726	454	22 844	750
1992	1 751	315	12 243	1 232	2 749	180	2 924	475	24 056	761

Diese Zahlen machen deutlich, daß bei weitem nicht bei allen angezeigten Fällen vorliegender Schädigungen die speziellen Anforderungen der Unfallversicherung an die Anerkennung von Berufskrankheiten gegeben waren; bei Prävention und Rehabilitation derartiger Schädigungen sollten die dafür zuständigen Leistungsträger daher eng mit der Unfallversicherung zusammenarbeiten.

Im übrigen sollten die Berufsgenossenschaften die vorbeugende Beratung von Versicherten und Arbeitgebern verstärken und die Vorkehrungen zur Früherfassung von Berufskrankheiten ausbauen, vor allem für Arbeitnehmer auf besonders belastenden Arbeitsplätzen. Schon bei der Berufsfindung sind als arbeitsmedizinische Vorsorge Untersuchungen zur Verhinderung von Haut- und Atemwegserkrankungen angezeigt. Für hautbelastende Berufe, bei denen Krankmeldungen ständig zunehmen, ist eine auch vom Nicht-Facharzt zu praktizierende Eignungsuntersuchung entwickelt worden; darüber hinaus sollte das Hautarztverfahren der Unfallversicherung auch auf andere Berufskrankheiten übertragen werden.

2.19

Zusätzlich zu den allgemeinen Aktivitäten der Unfallversicherung, um Arbeitsschutz und Unfallverhütung auch in den neuen Bundesländern auf einen möglichst hohen Stand zu bringen, haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften 1992 eine **Zentrale Betreuungsstelle Wismut** gegründet, um den ehemaligen im Uranerzbergbau von Sachsen und Thüringen Beschäftigten ein medizinisches Programm zur Früherkennung von Spätfolgen anbieten zu können. Insbesondere die beim Uranerzabbau auftretende ionisierende Strahlung bildet ein Gefährdungspotential, das oftmals erst nach einer Latenzzeit von 30 Jahren und mehr zum Auftreten von Lungenkrebs führt. Darüber hinaus sind infolge der Arbeitsbedingungen im Uranerzbergbau durch den

Einfluß von Stäuben, Gasen, Vibrationen und Lärm weitere Gesundheitsschäden und Behinderungen bekannt und auch für die Zukunft weiterhin zu befürchten.

Um eine möglichst frühzeitige Erkennung und damit effiziente Betreuung der ehemals im Uranerzbergbau Beschäftigten zu erreichen, wurde ein speziell auf die dortigen Gefahren gerichtetes Vorsorgeprogramm entwickelt. Über 1 000 speziell geschulte Ärzte sollen ermächtigt werden, um die voraussichtlich über 100 000 Personen medizinisch zu betreuen. Um im Falle von Erkrankungsanzeichen möglichst frühzeitig mit der Rehabilitation beginnen zu können, haben die gewerblichen Berufsgenossenschaften in Falkenstein/Vogtland ein ehemaliges Regierungssanatorium gekauft und bauen dieses derzeit zu einer modernen Berufskrankheitenklinik speziell für Atemwegserkrankungen um.

2.20

Die Bundesregierung nimmt die Verantwortung für den **Arbeitsschutz** sehr ernst und räumt ihm eine hohe Priorität ein. So hat die Bundesregierung die Neufassung der Gefahrstoffverordnung beschlossen, die den Schutz der Beschäftigten vor gefährlichen Chemikalien am Arbeitsplatz verbessern soll. Mit der Novelle der Gefahrstoffverordnung werden auch mehrere EG-Richtlinien zur Kennzeichnung von Chemikalien in nationales Recht umgesetzt. Zukünftig müssen auch alle Stoffgemische — bisher galt dies nur für gefährliche Stoffe —, darunter auch gefährliche Haushaltschemikalien und Gefahrstoffe im Hobbybereich, gekennzeichnet werden. Für besonders giftige Stoffgemische werden Kindersicherungen und tastbare Warnmarken für Sehbehinderte und Blinde zwingend vorgeschrieben. Für den beruflichen Bereich wird die Information durch ein ausführliches Sicherheitsdatenblatt ergänzt, das über die Kennzeichnung hinausgehende ausführliche und

umfassende Informationen über die Gefährlichkeit der Chemikalien und die notwendigen Schutzmaßnahmen enthält. Neben der deutlichen Verbesserung der Bestimmungen über den Umgang mit krebserzeugenden und erbgutverändernden Stoffen sieht diese Novelle ein umfassendes Asbestverbot vor. Damit wird über die bereits bestehenden Herstellungs- und Verwendungsverbote für Asbest und asbesthaltige Erzeugnisse hinaus auch das Inverkehrbringen von Asbest verboten. Die bisherigen Asbestverbote führten zu einer Reduzierung des Asbestabsatzes um etwa 20 Prozent. Zukünftig werden weitere Verbote dazu führen, daß die Bundesrepublik weltweit als erster und einziger Staat vollständig auf Asbest verzichtet.

2.21

Die Bundesregierung hat den Entwurf eines Gesetzes über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (**Arbeitsschutzrahmengesetz**) vorgelegt, der die EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz vom 12. Juni 1989 in deutsches Recht umsetzen und gleichzeitig den Bereich des betrieblichen Arbeitsschutzes im Sinne des Artikels 30 des Einigungsvertrages zeitgemäß neu regeln soll. Das Arbeitsschutzrahmengesetz bezweckt, durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes Sicherheit und Gesundheitsschutz für die Beschäftigten zu verbessern. Maßnahmen des Arbeitsschutzes sind solche zur Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit. Der Entwurf sieht durch Änderungen der Reichsversicherungsordnung auch eine Erweiterung des Präventionsauftrages der Unfallversicherungsträger vor.

Entsprechend der o. g. Rahmenrichtlinie schreibt der Entwurf vor, daß der Arbeitgeber von dem allgemeinen Grundsatz auszugehen hat, spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen und besondere Belange von Behinderten entsprechend Art und Schwere der Behinderung zu berücksichtigen. Beim Arbeitsschutz sollen daher nicht nur Gesichtspunkte der Primärprävention eine Rolle spielen, sondern vermehrt auch solche der Sekundärprävention und der Rehabilitation. Insbesondere haben die Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit auch die Aufgabe, die Arbeitgeber im Zusammenwirken mit den Rehabilitationsfachberatern der Sozialleistungsträger bei der Eingliederung von Behinderten zu beraten. Dieses Zusammenwirken erleichtert den Betrieben auch, Leistungen der Sozialleistungsträger zur Eingliederung von Behinderten mit den entsprechenden betrieblichen Bemühungen zu verknüpfen und — auch zum Vorteil der Betriebe — behinderte Beschäftigte als gleichberechtigte und vollwertige Arbeitskräfte einzusetzen.

3. Medizinische Rehabilitation

3.1

Nach § 10 des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes sollen die **medizinischen Leistungen zur Rehabilita-**

tion alle Hilfen umfassen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Von diesen Leistungen sind ihrer Art nach nur wenige rehabilitationspezifisch; da Vorsorge, Akutbehandlung und medizinische Rehabilitation sowohl in ihren Zielsetzungen als auch in den konkreten ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen ineinander übergehen, sind die meisten Leistungen zur Rehabilitation weitgehend deckungsgleich mit den Leistungen zur Behandlung einer Krankheit z. B. in der Krankenversicherung und müssen wie diese darauf abzielen, die eigenen Heilungskräfte und Motivationen der Betroffenen im Sinne der genannten Zielsetzungen zu aktivieren. Einerseits zielen sowohl Vorsorge- wie Rehabilitationsmaßnahmen darauf ab, spätere Akutbehandlungen entbehrlich zu machen; andererseits muß jede Akutbehandlung so ausgestaltet werden, daß nach ihrem Abschluß keine oder nur eine möglichst geringfügige Behinderung zurückbleibt, und sollte, wo eine Funktionsbeeinträchtigung bleibt, auf das Leben mit dieser Beeinträchtigung und ihren Auswirkungen vorbereiten, beispielsweise durch Training mit Hilfsmitteln. Daher stellt § 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Krankenversicherung klar, daß zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch die medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation gehören, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Auch eine Akutbehandlung muß, wenn Behinderungen bestehen oder drohen, stets zugleich den Zielen der Rehabilitation dienen, wie sie in § 10 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch Ausdruck gefunden haben, und die „Behandelten“ motivieren, auch selbst ihren Beitrag hierzu zu leisten.

Medizinische Rehabilitation geht jedoch über eine rein medizinische Aufgabenstellung hinaus; dies wird insbesondere bei der Rentenversicherung deutlich, die auch medizinisch notwendige Leistungen nur dann erbringt, wenn diese Leistungen im Hinblick auf zusätzliche Ziele erforderlich sind. Nach dem generell 1992, für die Rehabilitation in den neuen Bundesländern jedoch bereits 1991 in Kraft getretenen Rentenreformgesetz dürfen in diesem Versicherungszweig Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur mit dem Ziel erbracht werden, Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern.

Der Grundsatz des Vorrangs von Rehabilitation vor Rente wurde durch § 9 Abs. 1 Satz 2 und § 116 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch noch stärker als bisher herausgestellt und verwaltungsmäßig abgesichert. In ähnliche Richtung wirkt die durch § 51 des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch erweiterte Möglichkeit der Krankenkassen, Versicherte zu veranlassen, Rehabilitationsleistungen insbesondere der Rentenversicherung zu beantragen, und zwar nicht erst

bei Eintritt von Gegebenheiten, auf Grund derer Renten zu leisten sind, sondern schon bei erheblicher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit.

3.2

Im Grundsatz ist heute unbestritten, daß Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig einsetzen müssen, um für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst viel an Erfolg zu bewirken. Medizinische Effizienz und zugleich der Gedanke der Rehabilitation führen zur Forderung nach „**Rehabilitation des ersten Tages**“. Der Rehabilitationsprozeß muß in Gang gesetzt werden, sobald eine Behinderung droht oder manifest wird; das setzt eine entsprechende personelle und apparative Ausstattung in den Krankenhäusern voraus. Außerdem ist ein Erfolg der Rehabilitation nur möglich, wenn sie nicht als Aneinanderreihung einzelner medizinischer und sozialtherapeutischer Maßnahmen, sondern als einheitlicher Vorgang verstanden wird. Zur Umsetzung dieses Konzepts im Krankenhaus haben sich Basisteams bewährt, die aus Ärzten und dem Pflegepersonal, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und dem Sozialdienst bestehen und entsprechend den individuellen Erfordernissen der Betroffenen und ihrer Krankheit interdisziplinär zusammenarbeiten. Hierzu gibt es bisher keine gesetzlichen Regelungen über eine notwendige personelle oder apparative Mindestausstattung. Hinzuweisen ist allerdings auf die genannten grundsätzlichen Vorgaben sowie die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, im Krankenhaus die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten sowie den nahtlosen Übergang von der Krankenbehandlung zur Rehabilitation zu gewährleisten. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch enthält in § 112 den Auftrag an die Verbände der Krankenkassen, hierzu Verträge mit den Krankenhausgesellschaften abzuschließen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben Empfehlungen zum Inhalt der Verträge gegeben; entsprechende Vereinbarungen sind in den meisten Ländern getroffen. Sie enthalten allerdings keine klare Regelung über Art und Umfang des Personals, das für die Erfüllung der genannten Aufgaben eingesetzt werden muß; auch insoweit bleibt es daher beim Gestaltungsspielraum der Beteiligten im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen.

3.3

Soweit die medizinische Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland durch die von der Rentenversicherung entwickelten **Rehabilitationskonzepte** geprägt wurde, hat sie sich — im Unterschied zu vielen anderen Ländern — als ein eigenständiger Bereich neben der — ambulanten und stationären — kurativen Versorgung herausgebildet, denn die Rentenversicherung hat insoweit auch die Planung von Angeboten und Einrichtungen übernommen. Aufgrund der interdisziplinären und ganzheitlich orientierten Behandlungskonzepte erbringt die Renten-

versicherung ihre Rehabilitationsleistungen vor allem stationär in spezialisierten Facheinrichtungen.

Obwohl ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Möglichkeit der Vorzug zu geben ist, bleibt die Vorhaltung eines stationären Versorgungsangebots, insbesondere für die Erstversorgung schwerer gesundheitlicher Störungen und sich daran unmittelbar anschließende Anschlußheilbehandlungen (z. B. bei Infarktpatienten), unverzichtbar. Die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung soll, wenn sie in der Sache geboten ist, so früh wie möglich erfolgen; allerdings muß die Versorgung durch Intensivstationen mit erfahrener Personal gewährleistet sein. Im pflegerischen Bereich sind neben den Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege das Fortführen lebenspraktischer Übungen, Aktivierung, Orientierung innerhalb der Klinik sowie Verhaltenstraining notwendig. Lähmungen und Koordinationsstörungen werden durch Ergotherapeuten und Krankengymnasten gezielt angegangen. Seit dem Rentenreformgesetz 1992 ist die „Anleitung der Versicherten, eigene Abwehr- und Heilungskräfte zu entwickeln“ unter den medizinischen Leistungen der Rentenversicherung ausdrücklich erwähnt; dies trägt der grundsätzlich eigenen Verantwortung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen für ihre Gesundheit, aber auch der wachsenden Bedeutung der Gesundheitserziehung Rechnung.

Die stationären Rehabilitationseinrichtungen sind ihrer Zahl nach grundsätzlich als zumindest ausreichend anzusehen. Insbesondere die Anschlußheilbehandlungen in spezialisierten Rehabilitationskliniken haben sich aus der Sicht der Bundesregierung als Maßnahme zur frühzeitigen medizinischen Rehabilitation bewährt; Gegenstand von Reformüberlegungen ist, wie die stationäre Rehabilitation der Rentenversicherung stärker auf die Maßnahmen konzentriert werden kann, die wegen Art oder Schwere der — drohenden oder schon eingetretenen — Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs wirklich in stationärer Form erbracht werden müssen. Auch sollten rehabilitationsbedürftige Personen erreicht werden, die aus persönlichen oder betrieblichen Gründen keine stationäre Rehabilitation in Anspruch nehmen wollen. In der Rentenversicherung sind neben stationären verstärkt ambulante und teilstationäre Leistungsangebote zur medizinischen Rehabilitation entwickelt worden, für die allerdings ebenfalls die in der stationären Rehabilitation entwickelten Grundsätze und Qualitätsmaßstäbe sowie eine sowohl qualitativ als auch quantitativ geeignete Infrastruktur gewährleistet sein müßten.

Mit dem Rentenreformgesetz 1992 sind die schärfsten medizinischen Voraussetzungen für Versicherte, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, entfallen. Diese Personen können nunmehr Leistungen zur Rehabilitation erhalten, wenn sie überwiegend erwerbstätig bleiben und deshalb weniger als zwei Drittel der Vollrente beziehen oder beantragt haben; damit soll auch in der Rehabilitation der vorgesehenen Verlängerung der Lebensarbeitszeit Rechnung getragen werden.

Der Rentenversicherungsträger bestimmt im Einzelfall unter Beachtung von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßen Ermessen. Hierdurch ist es auch möglich, von starren Regelungen über die Dauer medizinischer Leistungen abzugehen und im Hinblick auf unterschiedliche Therapieansätze die Leistungsdauer dem jeweiligen Krankheitsbild im Einzelfall anzupassen.

Abgeschlossene medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation in der Rentenversicherung:

Jahr	absolut	Männer	Frauen	Kinder
1989	744 605	424 863	305 451	14 291
1990	695 176	400 403	282 016	12 757
1991	802 568	450 886	328 552	23 130
1992	878 802	488 822	365 804	24 176

Aufwendungen der Rentenversicherung für medizinische und ergänzende Leistungen (in Mio DM):

Jahr	insgesamt	darunter: Abhängigkeits- erkrankungen	darunter: psychische Erkrankungen	Entwick- lung zum Vorjahr
1989	4 652,8	558,1	454,2	
1990	4 721,6	568,5	467,4	+ 1,5 %
1991	5 392,0	633,7	539,7	+ 14,2 %
1992	6 030,6	743,2	607,5	+ 11,8 %

3.4

Medizinische Rehabilitationsleistungen für Angestellte und Arbeiter in den fünf neuen Ländern erbrachte ab 1991 die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte; für die Arbeiter übernahmen die neu errichteten Landesversicherungsanstalten diese Aufgabe ab 1992. Ziel war dabei, **Rehabilitationsmaßnahmen für Versicherte aus den neuen Bundesländern** prinzipiell auch dort durchzuführen und damit die Kureinrichtungen der früheren DDR — und deren Arbeitsplätze — soweit wie möglich zu erhalten, zumal die Einrichtungen, wenn sie eine Mindestgröße erreichen, nach einer Übergangszeit auch unter Wettbewerbsbedingungen wirtschaftlich überlebensfähig sein sollten. Ist jedoch für das spezielle Krankheitsbild keine geeignete Rehabilitationseinrichtung in den neuen Bundesländern vorhanden, werden geeignete Einrichtungen im Westen Deutschlands in Anspruch genommen; dies gilt auch bei Anschlußheilbehandlungen. Da in den neuen Bundesländern die Therapie neurologischer Fälle vielfach über die Akutphase hinaus im Krankenhaus selbst fortgesetzt wurde, sieht eine Verwaltungsvereinbarung mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung vor, daß bei begründeter Notwendigkeit stationäre Rehabilitationsmaßnah-

men auch in Krankenhäusern durchgeführt werden können, soweit eine Verlegung in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung nicht möglich ist.

Im ersten Jahr nach Einführung des Antragsverfahrens für die neuen Bundesländer erreichten die Rentenversicherung bereits 77 552 Anträge. Trotz hoher Arbeitslosigkeit stieg die Zahl der Antragsteller in der Rentenversicherung 1992 auf 89 399. Daraus wird ersichtlich, daß die Umstellung von den Versicherten gut angenommen wurde. Die Antragsentwicklung in den Jahren 1991 und 1992 war geeignet, den Bestand der Kurorte, Kliniken und des Klinikpersonals weitgehend sichern zu helfen. 1993 setzte sich dieser Anstieg fort.

3.5

Die ernsthaft durchgeführte **Kur** dient heute wie früher der Erholung, der Regeneration und der Verbesserung des Gesundheitszustands, insbesondere auch durch Aktivierung von Selbstheilungskräften. Seit 1991 gelten die Bestimmungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über Vorsorge und Rehabilitation auch für die rund 130 Kureinrichtungen in den neuen Bundesländern. Danach ist Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, daß die Einrichtungen für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind und deshalb einen Versorgungsvertrag mit der Krankenversicherung abschließen.

Im Gebiet der ehemaligen DDR gab es nur wenige Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, die in der Lage waren, Leistungen entsprechend diesem Qualitätsstandard zu erbringen. Erforderlich sind daher umfangreiche Investitionen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Auf der Grundlage des Einigungsvertrages bestand für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den neuen Bundesländern bis Ende 1993 ein Anspruch auf Investitionsförderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. Die Landesregierungen haben den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1991 Fördermittel in Höhe von insgesamt rund 42 Mio DM zur Verfügung gestellt. Die Bundesregierung hat die Einrichtungen mit Mitteln aus dem Gemeinschaftswerk „Aufschwung Ost“ und dem Kommunalen Kreditprogramm sowie durch Maßnahmen zur Förderung privater Investoren unterstützt. Darüber hinaus finanzierte das Bundesministerium für Gesundheit seit 1991 ein Beratungsprojekt zum Wiederaufbau des Kur- und Bäderwesens in den neuen Bundesländern. Hierfür standen 1991 rund 950 000 DM, 1992 rund 1,8 Mio DM und 1993 rund 2 Mio DM zur Verfügung; 1994 sind 300 000 DM verfügbar.

3.6

Eine durch den Vorstand des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger im Jahre 1989 eingesetzt

te Kommission zur **Weiterentwicklung** der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission) führte eine problemorientierte Bestandsaufnahme der medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung durch und erarbeitete auf dieser Grundlage konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung; einen Schwerpunkt dieser Arbeit bildeten Effizienz und Effektivität der rehabilitativen Maßnahmen. Die 1991 vorgelegten Vorschläge der Reha-Kommission werden derzeit in den Fach- und Selbstverwaltungsgremien des Verbands beraten; außerdem besteht bei den Spitzenverbänden der Krankenversicherung Interesse, Strategien und Konzepte der medizinischen Rehabilitation zwischen den beiden Versicherungszweigen abzustimmen.

Die Vorschläge zur Weiterentwicklung zielen unter anderem ab auf

- rechtzeitigen Zugang zur Rehabilitation und verbesserte Versichertenbetreuung;
- Ausbau eines gestuften Systems, das neben der stationären Rehabilitation auch präventive Aufgaben sowie eine gezielte Rehabilitationsvorbereitung und weiterführende Nachsorge umfaßt, außerdem ambulante und teilstationäre Leistungen, die in geeigneten Fällen an die Stelle der bisher bevorzugten stationären Rehabilitation treten;
- Weiterentwicklung der stationären Rehabilitation sowie der Rehabilitationskonzepte zu den speziellen Indikationen;
- Qualitätssicherung und Dokumentation;
- Wirtschaftlichkeit durch Stärkung der eigenverantwortlichen Führung der eigenen Kliniken und stärker leistungsorientierte Vergütung bei den Belegkliniken;
- Weiterentwicklung der Rehabilitationsforschung;
- Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern sowie allen beteiligten Einrichtungen und Berufsgruppen.

3.7

Sowohl hinsichtlich der Einleitung von rehabilitativen Leistungen wie auch der Nachsorge gilt es, die bereits bestehenden Formen der Kooperation zwischen der Rentenversicherung und der Krankenversicherung sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiter auszubauen. Die gegenseitige Information zwischen Rehabilitationseinrichtungen und niedergelassenen Ärzten über Veränderungen in der Behandlung des Patienten muß Norm werden, insbesondere bei abweichenden Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Die stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen sollten nicht als Ereignis, sondern als erster Schritt zur langfristigen, dauerhaften Verbesserung von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen verstanden werden. Ziel der medizinischen Rehabilitation muß auch das Herausführen aus der

am passiven Behandelwerden orientierten Patientenrolle sein hin zum aktiven Mithandeln. Zur Diskussion steht die Anregung, in die Rehabilitationskonzepte präventive Elemente zur Vorbeugung gegen Alterskrankheiten einzubauen; dies erfordert frühzeitige Diagnostik, aber auch therapeutische Angebote.

Ein weiteres Ziel ist die möglichst frühzeitige Rehabilitation von Berufskrankheiten. Besteht bei einem Versicherten der begründete Verdacht, an einer Berufskrankheit zu leiden, hat nach § 5 der Berufskrankheitenverordnung der behandelnde Arzt oder Zahnarzt dies dem Träger der Unfallversicherung oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle unverzüglich anzuzeigen. Der Träger der Unfallversicherung ist nach § 3 Abs. 1 der genannten Verordnung verpflichtet, mit allen geeigneten Mitteln der Gefahr des Entstehens, des Wiedererlebens und der Verschlimmerung einer Berufskrankheit entgegenzuwirken. Mit dem Gesundheitsreformgesetz wurden in § 20 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Trägern der Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren geschaffen.

3.8

Der **Einigungsvertrag** enthält die Verpflichtung von Bund und Ländern, in den neuen Bundesländern „die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß das Niveau der stationären Versorgung der Bevölkerung zügig und nachhaltig verbessert wird“. Dementsprechend hat die Bundesregierung im Rahmen des Gemeinschaftswerkes „Aufschwung Ost“ und des kommunalen Kreditprogramms den Kreisen und Kommunen in den neuen Ländern umfangreiche Mittel zur Verfügung gestellt, um u. a. in einer ersten Aufbauphase die dringend notwendige Sanierung der Krankenhäuser in Angriff zu nehmen. Darüber hinaus wird ein Gemeinschaftsprogramm zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in den neuen Ländern eingerichtet, zu dem der Bund, die neuen Länder und die Krankenkassen beitragen. Der Bund wird in den Jahren 1995 bis 2004 jährlich Finanzhilfen von 700 Mio DM bereitstellen.

3.9

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation fördert das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Rahmen seiner Zuständigkeit **überregionale Einrichtungen oder Modelleinrichtungen** der medizinischen Rehabilitation und der medizinischen Prävention sowie Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. In enger Zusammenarbeit mit den Ländern und den Rehabilitationsträgern wird die Errichtung, die Erweiterung, die Ausstattung und Modernisierung solcher Einrichtungen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert, und zwar nach folgenden Schwerpunkten:

- fachübergreifende Rehabilitation im Krankenhaus,
- neurologische Rehabilitation einschließlich neurologischer Frührehabilitation,
- geriatrische Rehabilitation,
- Förderung von Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation.

Bei bestimmten Krankheitsbildern (Schlaganfallpatienten, Schädel-Hirn-Verletzte, Krankheiten alter Menschen) gibt es in den neuen Bundesländern erhebliche Defizite für eine adäquate rehabilitative Versorgung und hierfür kaum Spezialeinrichtungen; Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation als Bindeglied zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind dort überhaupt nicht vorhanden. In den kommenden Jahren ist es vorrangiges Ziel, in den neuen Bundesländern Einrichtungen aufzubauen, die denen in den alten Bundesländern qualitativ und quantitativ gleichwertig sind. Um möglichst rasch den dringendsten Bedarf im Ausstattungsbereich von Rehabilitationseinrichtungen zu decken, hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in den Jahren 1990 und 1991 Zuschüsse von insgesamt rund 10,6 Mio DM an Einrichtungen in den neuen Bundesländern gegeben. Beschafft wurden damit medizinische Geräte und sonstige Ausstattungsgegenstände. Planungen mehrerer konkreter Baumaßnahmen sind bereits angefallen; durch Verzögerungen in der Planung, die von der Bundesregierung nicht zu beeinflussen waren, konnte bis zum Jahr 1993 noch keine Einrichtung gefördert werden.

Die Verzögerungen beruhen hauptsächlich auf ungeklärten Eigentumsverhältnissen und Problemen mit den Rehabilitationsträgern hinsichtlich Bedarfsfragen, der damit verbundenen Belegungszusagen und der Bereitschaft zum Abschluß von Versorgungsverträgen nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Im Bereich der Geriatrie fehlen außerdem Geriatriepläne, ohne die die Länder und die Rehabilitationsträger bislang nicht bereit sind, über Standorte von geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zu entscheiden.

3.10

Bereits in ihrem Zweiten Bericht über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation hat die Bundesregierung dargelegt, daß sie es für erforderlich hält, schon während stationärer Behandlungen im Krankenhaus frühzeitiger als bisher medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation einzuleiten. Die im Oktober 1988 und Dezember 1990 vorgelegten Ergebnisse der im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation durchgeführten Untersuchungen über „Medizinische **Rehabilitation im Krankenhaus**“ und „Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation in Allgemeinkrankenhäusern“ bestätigten die Vermutung, daß rehabilitative Aufgabenstellungen im Krankenhaus bisher nur unzureichende Berücksichtigung finden. Die zuletzt genannte Studie kommt aufgrund einer an bayerischen

Kliniken durchgeführten Befragung zu folgenden Ergebnissen:

- In den Kliniken ist weder ein Reha-Basisteam vorhanden, noch besteht in ausreichendem Maße die Möglichkeit, alle therapeutisch notwendigen Leistungen entsprechend den Krankheitsbildern zu erbringen.
- Die ohnehin unzureichenden Aktivitäten mit dem Ziel der Frührehabilitation werden zusätzlich negativ beeinflusst durch eine personelle Mangelsituation und das Fehlen apparativer Übungseinrichtungen.
- Die Ärzte werden nach eigenen Aussagen während ihres Studiums nicht in der Rehabilitationsmedizin ausgebildet. Diese speziellen Kenntnisse erwerben sie in der Praxis, d. h. in der Weiterbildung zum Facharzt, allerdings — gemessen an den tatsächlichen Erfordernissen — in ungenügender Weise.

Nach übereinstimmender Auffassung von Fachleuten ist es dringend erforderlich, diese Mängel in der Krankenhausbehandlung zu überwinden und der Frührehabilitation die erforderliche Beachtung einzuräumen. Die seit längerem geführte Diskussion sollte jetzt in die Erarbeitung konkreter Konzepte für die Frührehabilitation im Krankenhaus einmünden. Wo und in welchen Krankenhäusern medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, liegt vor allem im Bereich der Verantwortung der Krankenkassen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ist bereit, durch Förderung von Modelleinrichtungen der fachübergreifenden Frührehabilitation im Krankenhaus hierbei im Rahmen seiner Möglichkeiten zu helfen. So werden derzeit in Meppen und Ingolstadt zwei derartige Einrichtungen gebaut; weitere fünf Einrichtungen sind geplant.

3.11

In den alten Bundesländern erleiden jährlich etwa 200 000 Menschen Kopfverletzungen durch Unfälle im Beruf, im Straßenverkehr, im Haushalt oder beim Sport; Zahlen für die neuen Bundesländer liegen bisher nicht vor. Bei etwa 20 000 dieser Unfallopfer — es kommen täglich etwa 50 Personen hinzu — bleiben wegen einer Hirnverletzung Dauerschäden zurück. Auch durch Sauerstoffmangelzustände, z. B. bei Narkosezwischenfällen, durch Vergiftungen, Hirnentzündungen, Hirnblutungen und Folgen von Hirntumoren kann es zu schweren Hirnschädigungen kommen.

Die Akutversorgung der Kopfverletzten ist in der Bundesrepublik Deutschland in der Regel sichergestellt. Versorgungsdefizite gibt es dagegen im anschließenden, frührehabilitativen Bereich. Dabei steht fest, daß die Heilungserfolge und damit die Voraussetzungen für eine Wiedereingliederung desto größer sind, je frühzeitiger und umfassender bei Hirngeschädigten mit Rehabilitationsmaßnahmen begonnen wird. Die Verbände der gesetzlichen Unfallversicherungsträger haben mit ihren Empfehlun-

gen „Zur Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirnverletzter“ ebenso wie das Kuratorium „ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems“ auf die Notwendigkeit und Bedeutung der Frührehabilitation für diesen Personenkreis hingewiesen.

Der Bedarf an **Frührehabilitationsmöglichkeiten für Schwersthirngeschädigte** läßt sich derzeit nur schwer bestimmen; nach einer Erhebung für 1991 und Statistiken der Berufsgenossenschaften ergibt sich ein aktueller Bedarf von rund 2000 Betten für Frührehabilitationsmaßnahmen. Entsprechende flächendeckende Versorgungsstrukturen sind derzeit nicht vorhanden. Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wurde Ende 1992 ein „Arbeitskreis Neurologische Rehabilitation“ gebildet, der die Versorgungsstrukturen in der neurologischen Frührehabilitation aus übergreifender Sicht untersuchen und Vorschläge für ein bedarfsdeckendes Versorgungskonzept erarbeiten soll.

Ein frühzeitiges Einsetzen der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen ist am ehesten sicherzustellen, wenn in Krankenhäusern, die über eine neurologische und neurochirurgische Fachabteilung verfügen, entsprechende Betten zur Frührehabilitation als eigene Abteilung angebunden werden. Für diese Lösung spricht auch die Tatsache, daß noch nach Beendigung der maschinellen Beatmung eine Vielzahl von Komplikationen auftreten kann, die eine rasche Rückverlegung z. B. in eine neurochirurgische Abteilung erfordern. Überlegungen zur Verbesserung der Versorgung Schwersthirngeschädigter können allerdings nicht losgelöst von bereits bestehenden Strukturen angestellt werden. Denkbar wäre daher auch die Angliederung von Einrichtungen zur Frührehabilitation an bestehende neurologische Rehabilitationskliniken und an neurologische Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Bei einer solchen Anbindung wäre zudem bei therapeutischer Kontinuität eine nachfolgende durchgängige rehabilitative Behandlung sichergestellt. Diese kann sich ohne Verzögerung an die Frührehabilitation anschließen.

In den Jahren 1991 bis 1993 hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung fünf neurologische Rehabilitationseinrichtungen — einschließlich neurologischer Frührehabilitation — mit einem Gesamtvolumen von 14,6 Mio DM gefördert. Davon sind bereits in Bad Griesbach und Malente zwei Einrichtungen in Betrieb; in Elzach, Bad Segeberg, Hamburg-Eilbek werden drei Einrichtungen derzeit gebaut. Eine weitere Einrichtung ist in Greifswald geplant. Darüber hinaus sind in den neuen Bundesländern vier neurologische Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation geplant, in denen auch Abteilungen für neurologische Frührehabilitation vorgehalten werden sollen.

3.12

Seit der Vorlage des Zweiten Berichts der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation gibt es bundesweit Be-

strebungen, die **geriatriische Versorgung** zu verbessern. Dabei geht es in der Hauptsache darum, die vorhandenen Versorgungsangebote im ambulanten und stationären Akutbereich an die Bedürfnisse geriatrischer Patienten anzupassen und ergänzend hierzu geeignete Rehabilitationsmöglichkeiten vorzusehen.

Die Entwicklung und der Einsatz von Rehabilitationsmöglichkeiten zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Alter bedarf angesichts des komplexen Krankheitsbildes des geriatrischen Patienten eines abgestuften integrierten Versorgungskonzeptes. Das Ziel muß dabei sein, auf jeder Stufe für den Patienten eine höchstmögliche Selbständigkeit in der Lebensführung zu erreichen oder zu erhalten. Dieses Ziel macht es erforderlich, gerade die Strukturelemente eines gegliederten Versorgungskonzeptes zu stärken und auszubauen, die die stationäre Verweildauer abkürzen oder eine stationäre Versorgung ganz vermeiden.

Ein gestuftes Versorgungsangebot sollte die bewährten Einrichtungen einbeziehen; in den Akutkrankenhäusern sollte daher eine geriatriische Grundversorgung möglich sein, zumal die Erfahrung zeigt, daß der Erfolg der Rehabilitation auch davon abhängt, daß die Rehabilitationsmaßnahmen zum frühestmöglichen Zeitpunkt eingeleitet werden. Die weitere geriatriische Rehabilitationsbehandlung sollte dann möglichst nahtlos nach der Krankenhausbehandlung als Anschlußbehandlung in voll- oder teilstationären Rehabilitationseinrichtungen oder ambulanten Angeboten werden. Bei dem Aufbau von Versorgungsangeboten gilt auch für die Geriatrie der Grundsatz „ambulant vor stationär“ als effektivste Strategie.

3.13

Grundsätzlich sind die Bundesregierung und die Länder bei der Schaffung von geriatriischen Rehabilitationseinrichtungen darauf bedacht, daß keine Bettenmehrerungen eintreten. Betten der geriatriischen Rehabilitation sollen vor allem durch Umwidmung oder Abbau nicht mehr bedarfsnotwendiger Akutbetten in Krankenhäusern entstehen. Bei seiner Förderung verfolgt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Realisierung unterschiedlicher geriatriischer Modelle; so werden

- Rehabilitationsabteilungen an Akutkrankenhäusern,
- selbständige Rehabilitationseinrichtungen, die mit Akutkrankenhäusern kooperieren,
- Rehabilitationseinrichtungen in Anbindung an eine Pflegeeinrichtung sowie
- die Errichtung einer geriatriischen Rehabilitationseinrichtung am Krankenhaus im Verbund mit einer geriatriischen Rehabilitationseinrichtung an einem Alten- oder Pflegeheim

gefördert. Alle Einrichtungen werden über eine Tagesklinik als teilstationäre Einrichtung verfügen.

Modellprojekte werden sowohl in Ballungsgebieten als auch im ländlichen Bereich gefördert; im letztge-

nannten Fall richtet sich die Größe des Einzugsbereichs an dem Prinzip der Bürgernähe aus. Der für die soziale Eingliederung des Patienten notwendige Kontakt zu Verwandten und Bekannten muß ohne größeren Aufwand gesichert bleiben. Ein weiterer wesentlicher Einflußfaktor für die Wahl des Standorts ist die notwendige räumliche Nähe und damit die Anbindung an die diagnostischen Einrichtungen eines Klinikums.

Die optimale Größe einer geriatrischen Einrichtung läßt sich von verschiedenen Gesichtspunkten (z. B. Aspekte der Effektivität und Wirtschaftlichkeit) aus beurteilen. Als untere Größe ergeben sich 30 bis 50 Betten, die obere Grenze liegt bei rund 100 bis 120 Betten. Die Modellvorhaben der Bundesregierung sehen sowohl Einrichtungen mit einer Größenordnung von 30 bis 50 Betten als auch von 100 bis 120 Betten vor.

In den Jahren 1991 bis 1993 hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung insgesamt 13 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen gefördert; davon sind bereits drei Einrichtungen in Lingen, Wiesbaden und Wiesbaden-Biebrich in Betrieb. Elf Einrichtungen sind derzeit im Bau (Hamburg-Wilhelmsburg, Bremen, Flensburg, Trier, St. Wendel, Mettingen, Neuburg/Donau, Augsburg, Würzburg, Bergisch-Gladbach, Aachen); fünf weitere Einrichtungen sind noch geplant. Die Bundesregierung unterstützt den Aufbau adäquater geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen mit Fördermitteln in Höhe von rund 246 Mio DM.

3.14

Die **Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation** sollen eine Lücke schließen zwischen der Akutbehandlung und Erstversorgung (Phase I) und der beruflichen Rehabilitation, die der Ausbildung oder Umschulung dient (Phase II); daher werden diese Zentren „Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“ oder Einrichtungen der Phase II genannt. Sie erbringen in einem nahtlos ineinandergreifenden Verfahren umfassende

- medizinische Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des § 10 Rehabilitations-Angleichungsgesetz und
- berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des § 11 Rehabilitations-Angleichungsgesetz ausgenommen Maßnahmen der Fortbildung, Ausbildung und Umschulung.

In den alten Bundesländern gibt es bereits 17 Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation mit 2780 Plätzen, die zum größten Teil auch durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gefördert wurden. Hier kann von einer bedarfsdeckenden Versorgung ausgegangen werden. In den neuen Bundesländern sind derartige Einrichtungen überhaupt nicht vorhanden. Derzeit plant das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, sich an der Finanzierung von fünf derartigen Einrichtungen zu beteiligen; dabei handelt es sich um zwei neurologische Rehabilitationseinrichtungen für Erwachsene

in Leipzig und Magdeburg, eine Einrichtung mit den Indikationen Neurologie/Orthopädie in Erfurt sowie um zwei neurologische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche.

3.15

Die Zunahme chronischer Erkrankungen, die demographische Entwicklung mit der Zunahme älterer Menschen und der Wandel im Krankheitsspektrum, insbesondere durch die Zunahme chronischer Krankheiten und Multimorbidität im Alter, erfordern auch Intensivierung und Ausbau der wohnortnahen **ambulanten Rehabilitation**, zumal es gerade bei chronischen Erkrankungen oft ausreichend und zweckmäßig ist, eine wohnortnahe Behandlung und Rehabilitation durchzuführen, die den dauernd gegebenen Lebensbedingungen und -gewohnheiten Rechnung trägt. Mit dem Gesundheitsreformgesetz wurde präventiven und rehabilitativen Leistungen mehr Raum gegeben; damit stellt sich insbesondere für die niedergelassenen Ärzte die Notwendigkeit, über das Erkennen und Behandeln der Krankheiten hinaus Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen im sozialen Umfeld in diagnostische Erwägungen und das therapeutische Konzept einzubeziehen.

Ambulante, wohnortnahe Versorgung kann in geeigneten Fällen für die Betroffenen eine Alternative zu stationärer Betreuung darstellen; daher muß sie ebenso wie stationäre Versorgung langfristig, kontinuierlich und verbindlich gesichert sein. Das erfordert unter anderem einen entsprechenden Personaleinsatz. Die Möglichkeiten zur Rehabilitation sind im Rahmen der ambulanten Versorgung noch bei weitem nicht ausgeschöpft und müssen daher nach Meinung der Bundesregierung mit Nachdruck fortentwickelt werden. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ist bereit, hierbei im Rahmen seiner Möglichkeiten durch die Förderung von Modelleinrichtungen der ambulanten Rehabilitation zu helfen.

Im übrigen haben bei der wohnortnahen ambulanten Versorgung auch die Leistungen qualifizierter nicht-ärztlicher Fachleute besonderes Gewicht. Die oft als Heilberufe bezeichneten Tätigkeiten der Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten und anderen Berufsgruppen erfüllen als Partner der Ärzte wichtige Aufgaben im Rehabilitationsprozeß. Die Bundesregierung sieht die dringende Notwendigkeit, vor Ort das Angebot zu verbessern z. B. an Krankengymnasten, die zur Behandlung von Rheumakranken qualifiziert sind, oder von Logopäden, die die erforderlichen Spezialkenntnisse für die Behandlung nach Schlaganfall haben.

3.16

Bei der **ambulanten Behandlung Rheumakrankter** haben sich die Empfehlungen der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherung zur Förderung von Übungsbehandlungen in Rheumagruppen aus dem Jahre 1983 bewährt; die Empfehlungen se-

hen bei medizinischer Notwendigkeit eine Förderung des Funktionstrainings für Rheumakranke vor. Mit Hilfe eines vom Bundesministerium für Forschung und Technologie geförderten Modellversuchs, der 1984 bis 1990 die Anforderungen an bedarfsgerechte Versorgung von Rheumakranken untersuchte, gelang es, Erkenntnisse zur weiteren Optimierung der wohnortnahen Langzeitrehabilitation Rheumakranke zu gewinnen. Die Förderung regionaler Rheumazentren durch das Bundesministerium für Gesundheit baut auf den Ergebnissen des Modellversuchs auf. Sie zielt darauf, die qualifizierte interdisziplinäre Versorgung Rheumakranke in Universitätskliniken zu verankern und die Kooperation unter anderem mit Rheumakliniken, regionalen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten sowie Krankengymnasten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, sozialen Diensten und Selbsthilfegruppen zu intensivieren.

Die Fördermaßnahme soll die Basis bilden für

- eine zunehmend fachübergreifend angelegte Versorgung Rheumakranke,
- eine Verbesserung des Wissens- und Informationstransfers innerhalb der Versorgungskette und damit ein koordiniertes Ineinandergreifen der von unterschiedlichen Versorgungsträgern veranlaßten Maßnahmen,
- eine Verbesserung der Bedingungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie
- eine Angliederung verstärkter Forschungsaktivitäten unter Einbeziehung besonders der Rheumakliniken.

1991/92 hat das Bundesministerium für Gesundheit die Durchführung von Kursen zur Weiterbildung von Krankengymnasten und Ergotherapeuten unterstützt mit der Zielrichtung, die ambulante Versorgung Rheumakranke in den neuen Bundesländern zu verbessern.

3.17

Nach dem Herzinfarkt ist der **Schlaganfall** die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Er betrifft meistens das höhere Lebensalter, jedoch sind in einem sehr hohem Maße auch Erwachsene unterhalb des 45. Lebensjahres betroffen; Behandlung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten müssen daher auf alle Altersgruppen ausgerichtet werden.

Die Situation der aufgrund Schlaganfalls Behinderter ist oft charakterisiert durch unzureichende Frührehabilitation und mangelhafte Nachsorge. Die Bundesregierung sieht hier erhöhten Bedarf zu engerer kooperativer Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen Hausarzt, Sozialstation und Selbsthilfegruppen. Deshalb wurden seit 1989 Modelle zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Schlaganfallpatienten in Unna und in Frankfurt am Main gefördert. Im Rahmen dieser Modelle entstanden Wegweiser für Betroffene und ihre Angehörigen. Weiterhin wurden für die ambulant arbeitenden Ärzte Befund-Checklisten

und Nachsorgedokumentationen erarbeitet. Zur Zeit wird in Arbeitskreisen aus ambulant und stationär tätigen Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern die Koordination des Rehabilitationsprozesses verbessert.

3.18

Krebskranke in ihrem Haushalt zu behandeln und zu pflegen, ist ein wichtiges Ziel, um die Lebenssituation dieses Personenkreises zu verbessern. Aus diesem Grunde begrüßt die Bundesregierung Vereinbarungen zwischen Krankenkassenverbänden und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Ziel, die qualifizierte ambulante Versorgung Krebskranke weiterzuentwickeln. Die Behandlung soll danach insbesondere in onkologischen Schwerpunktpraxen als Alternative zur stationären Behandlung erfolgen und schließt die Möglichkeit ein, auch Chemotherapie ambulant durchzuführen. Dieses Ziel verfolgen auch sogenannte Kooperationsmodelle in der Oberpfalz und in Hessen zur Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern bei der Krebsbehandlung.

3.19

Für den erfolgreichen Verlauf der Rehabilitation ist **Koordination und Zusammenwirken** der am Rehabilitationsprozeß Beteiligten von ausschlaggebender Bedeutung. Nach Einschätzung der Bundesregierung hat sich bei den meisten Rehabilitationsträgern das Verständnis für den ganzheitlichen Ansatz der individuellen Rehabilitation vertieft; damit wird zum Beispiel bei der Rehabilitation multimorbider und komplex Behinderter — beispielsweise von Schädelhirnverletzten oder Schlaganfallpatienten — eine bessere Kooperation unterschiedlicher Leistungsträger und damit eine optimale Rehabilitation zunehmend möglich. Um dies zu unterstützen, wurde und wird im Rahmen von Modellprogrammen des Bundesministeriums für Gesundheit der Aufbau von Tumorzentren, Onkologischen Schwerpunkten und regionalen Rheumazentren insbesondere in den neuen Bundesländern gefördert; damit soll die fachübergreifende Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen aus Kliniken und Praxen, medizinischer Fachbereiche, Psychologen, Sozialarbeiter und Selbsthilfegruppen bei Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge institutionalisiert werden. Diese Modelle sollen in die Regelversorgung übernommen werden.

3.20

Verschiedene **Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter** sind infolge des medizinischen Fortschritts nicht mehr lebensbedrohlich, führen aber zu chronischen Krankheitszuständen und der Notwendigkeit fortdauernder Behandlung; die damit verbundenen Belastungen machen die Einbeziehung auch psychosozialer Leistungen in die Versorgungsansätze der

Pädiatrie notwendig. So erkrankten in der Bundesrepublik Deutschland jährlich insgesamt 1 200 bis 1 300 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren neu an Tumorerkrankungen. Infolge des medizinischen Fortschritts in deren Behandlung konnten in den vergangenen 20 Jahren die Heilungschancen entscheidend verbessert werden. Die Überlebenswahrscheinlichkeit beträgt je nach Diagnose 42 bis 95 v. H.; der Lebensweg vieler dieser Kinder ist jedoch dadurch gekennzeichnet, daß sie lebenslang auf eine ärztliche Überwachung angewiesen sind. Für Kinder und Jugendliche mit Krebserkrankungen, chronischer Niereninsuffizienz und Mukoviszidose wurden modellhaft psychosoziale Dienste eingerichtet.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung förderte von 1986 bis 1989 das Modellprogramm „Psychosoziale Betreuung krebskranker Kinder und Jugendlicher“. In Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie wurde die psychosoziale Versorgung krebskranker Kinder an 32 größeren Kinderkliniken begonnen, in denen etwa 95 v. H. aller Betroffenen behandelt und betreut werden. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung haben gezeigt, daß die psychosoziale Versorgung einen wichtigen Beitrag für die Behandlung krebskranker Kinder leistet. Aufgrund der Evaluationsergebnisse sprachen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen für eine Übernahme der psychosozialen Dienste in die Regelversorgung der pädiatrischen Onkologie aus; diese Empfehlung wird seit 1990 an den meisten Kinderkrebskliniken umgesetzt. Damit wurde erstmals in der Bundesrepublik Deutschland die psychosoziale Versorgung explizit in den Rahmen der medizinischen Behandlung einbezogen; über den konkreten Erfolg hinaus ist dies ein Meilenstein für das fortschreitende Verständnis für die Bedeutung psychosozialer Faktoren im Rehabilitationsprozeß.

Die weiteren Modellprogramme „Psychosoziale Betreuung chronisch niereninsuffizienter Kinder und Jugendlicher“ und „Psychosoziale Betreuung an Mukoviszidose erkrankter Kinder und Jugendlicher“ konnten ebenfalls erfolgreich abgeschlossen und mehrheitlich in die Regelfinanzierung überführt werden.

Die psychosoziale Versorgung chronisch kranker Kinder wurde zu Beginn auf bestimmte Diagnosen begrenzt, um mit diesem neuen Versorgungskonzept Erfahrungen zu sammeln. Auf die Dauer sind die Aufteilung und Begrenzung in bestimmte Diagnosen aber unbefriedigend. Leider haben die Fachgesellschaften auf dem Gebiet der Kinderheilkunde die Anregung dieser Modellprogramme bisher nicht genutzt, um auf der Basis der erreichten Ergebnisse die psychosoziale Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen bei anderen chronischen Erkrankungen, wie z. B. bei Anfallsleiden, geistig-körperlichen Behinderungen oder Stoffwechselkrankheiten zu prüfen und an den Krankenhäusern Strukturen zu schaffen, die psychosoziale Versorgung überall dort ermöglichen, wo Schwere und Dauer der Erkrankung dies im Hinblick auf die in § 10 Rehabilitations-Angleichungsgesetz festgehal-

tenen Zielsetzungen notwendig machen, beispielsweise bei Kindern mit Diabetes.

3.21

In der **Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter** hat sich in den letzten Jahren ein erheblicher Wandel vollzogen, und zwar von einer eher verwahrenden in eine akzentuiert therapeutische Psychiatrie. Bereits die Sachverständigen-Kommission zur Psychiatrie-Enquête hat sich in ihren Empfehlungen (Bundestags-Drucksachen 7/4200 und 7/4201) für eine gemeindenahere, bedarfsgerechte, umfassende und koordinierte Versorgung aller Patientengruppen der Psychiatrie ausgesprochen; dazu sind in den vergangenen Jahren entscheidende und wirksame Schritte eingeleitet worden.

Bis zur Psychiatrie-Enquête war die psychiatrische Versorgung fast ausschließlich in Kliniken organisiert; seitdem gibt es einen zunehmend größeren und als wichtig angesehenen außerklinischen Bereich. Wesentliches Ziel ist es, diesen Bereich qualitativ und quantitativ zu verstärken, d. h. psychisch kranke Menschen entweder erst gar nicht oder nur so kurz wie notwendig in psychiatrischen Kliniken zu behandeln.

Die Bundesregierung hat durch eine großzügige Modellförderung dazu beigetragen, dem Reformimpuls der Psychiatrie-Enquête zum Durchbruch zu verhelfen. Auch in Auswertung der Erfahrungen dieser Modelle hat die Expertenkommission der Bundesregierung im November 1988 „Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ als grundlegende Gesamtkonzeption zur Reform der psychiatrischen Versorgung vorgelegt, die entsprechend den Erfordernissen zukünftiger Entwicklung ständig angepaßt und fortgeschrieben werden müssen. Nach wie vor ist der Aufbau dezentraler und gemeindeintegrierter ambulanter und komplementärer Dienste zur Versorgung chronisch psychisch Kranker das zentrale Problem der Umstrukturierung.

3.22

Derzeit stellt sich die **Versorgungssituation psychisch Kranker und Behinderter** wie folgt dar:

- Die psychiatrischen Krankenhäuser haben sich den veränderten konzeptionellen Anforderungen durch innere und äußere Sektorierung mit spezialisierten und fachgerechten Angeboten für unterschiedliche Indikationen angepaßt. Dieser Strukturwandel war in den alten Bundesländern verbunden mit einer Reduzierung der Bettenzahlen von etwa 150 000 Betten im Jahre 1976 auf etwa 73 000 Betten im Jahre 1991.
- Die durchschnittliche Verweildauer in der stationären Allgemeinpsychiatrie wurde von ehemals 152 Tagen auf etwa 70 Tage verkürzt. Die neue patientenorientierte Personalbemessung in der stationären Psychiatrie, die seit 1991 Gültigkeit hat, bildet die Grundlage für eine entscheidende

- Verbesserung der stationären psychiatrischen Versorgung.
- Nach Angaben der Länder sind zwischen 24 bis 40 v.H. aller in psychiatrischen Krankenhäusern stationär Behandelten nicht krankenhausbehandlungsbedürftig; einige Krankenhäuser weisen auf Grund ihrer speziellen Struktur höhere Zahlen aus. Bei diesen Zahlenangaben muß berücksichtigt werden, daß keine Standardisierung der Diagnose „Langzeitpatient“ vorgegeben war und die Einschätzung der Prognose bei einer Stichtagserhebung nicht immer möglich ist. Zu beachten ist, daß ein Teil der Betroffenen auch z.B. in Übergangsheimen eine bedarfsgerechte Behandlung finden kann und es bei anderen aus therapeutischen Gründen gerechtfertigt ist, ihnen weiterhin Lebens- und Versorgungsmöglichkeiten im beschützenden Krankenhausmilieu zu bieten.
 - Der Anteil fehlplazierter Langzeitpatienten variiert in einzelnen Regionen sehr stark. Als Haupthindernis für die Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker und Behinderter gelten allgemein das Fehlen gemeindenaher Hilfen im ambulanten und komplementären Bereich des betreuten Wohnens, der Beschäftigung sowie der Tagesstruktur und Kontaktaufnahme, die Voraussetzung für die Eingliederung oder Bewältigung des Alltags sind.
 - Regionale Unterschiede ergeben sich daraus, daß ambulante und komplementäre Versorgungsstrukturen, die Voraussetzung für den weiteren Abbau stationärer Versorgung sind, regional unterschiedlich entwickelt sind. Das zunehmende Angebot im komplementären Bereich kommt vor allem chronisch Kranken zugute. Ein Grund für die erheblichen Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern sowie auf regionaler Ebene innerhalb der einzelnen Länder sind sicher auch die — trotz gleicher bundesrechtlicher Vorgaben — regional noch immer nicht befriedigend gelösten Finanzierungsabgrenzungen und -zuständigkeiten.
 - Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater hat sich seit 1975 verdreifacht und betrug am 31. Dezember 1991 bundesweit 5 469.
 - Psychiatrische Institutsambulanzen haben einen festen Platz als wichtiges Bindeglied in der Kontinuität zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der Versorgung der schwerer Gestörten und Rückfallgefährdeten gewonnen. Bundesweit bestehen 134 Institutsambulanzen, was nicht in allen Bundesländern eine flächendeckende Versorgung ermöglicht.
 - 1992 gab es im Bundesgebiet mehr als 250 psychosoziale Dienste, die mehr als 15 000 psychisch Behinderte berieten und mehr als 8 000 Behinderte langfristig betreuten. Damit haben sich diese Dienste als wichtiges Element der gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung durchgesetzt, obgleich auch hier noch nicht überall ein gleich hoher Versorgungsgrad und Versorgungsstandard erreicht worden ist.
 - Für besonders schwer gestörte chronisch psychisch Kranke und Behinderte werden auch weiterhin Plätze in Wohnheimen für Behinderte oder in Pflegebereichen vorgehalten werden müssen.
 - Unterschiede bestehen hinsichtlich der Finanzierung, Trägerschaft und Personalausstattung, insbesondere der ärztlichen Besetzung und Behandlungsbefugnis. Bei Vorliegen der sozialhilfrechtlichen Voraussetzungen erfolgt die Finanzierung der Leistungen derzeit überwiegend im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz. Investive Kosten werden vielfach vom Land getragen. Die ambulanten Leistungen liegen — soweit vom Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung erfaßt — bei den Krankenkassen oder als psychosoziale Maßnahmen in der Verantwortung der Kommunen und Träger.

3.23

Die derzeitigen Unterschiede zwischen psychischen und somatischen Behinderungen hinsichtlich Rehabilitations"dicke" und -intensität sind weniger auf rechtliche Gegebenheiten als auf Unterschiede in bezug auf akzeptierte und evaluierte **Rehabilitationskonzepte** zurückzuführen. Wichtig zum Ausschöpfen der Rehabilitationsmöglichkeiten für den genannten Personenkreis sind nach Sachlage vor allem fachlich fundierte Konzepte, die — unter Auswertung bereits vorliegender Erfahrungen — die angestrebten Rehabilitationsziele benennen und auch eine Beurteilung ermöglichen, mit welcher Wahrscheinlichkeit diese Ziele auf dem individuell vorgeschlagenen Weg erreichbar sind.

Eines dieser Konzepte liegt den „Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)“ zugrunde, die auf der Grundlage einer von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeiteten Empfehlungsvereinbarung der zuständigen Trägergruppen seit 1987 erprobt werden. Im Rahmen der Erprobungsphase sollte jeweils eine Rehabilitationseinrichtung in jedem Bundesland in Betrieb genommen werden, um Erfahrungen mit diesen Einrichtungen sammeln zu können und um beurteilen zu können, ob sich aus der Empfehlungsvereinbarung ein tragfähiges Konzept für die Rehabilitation dieses Personenkreises entwickeln läßt. Die Varianten der konzeptionellen und institutionellen Umsetzung wurden während der Erprobungsphase im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung wissenschaftlich begleitet. Die Kombination von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen hat sich, wie die empirischen Ergebnisse zeigen, bewährt. Der weitaus überwiegende Teil der Patienten, die einmal in der Einrichtung Fuß gefaßt haben, konnte erfolgreich und — wie die Verbleibsanalyse zeigt — auch längerfristig rehabilitiert werden.

Das Konzept geht davon aus, daß diese Einrichtungen „Kranke“ aufnehmen und darauf abzielen, diese Menschen „gesund“ und „arbeitsfähig“ zu entlassen. Obwohl die zuständigen Rehabilitationsträger

zusammen mit den Ländern Organisationsverantwortung hinsichtlich der zur Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter erforderlichen Dienste und Einrichtungen haben und die auf Bundesebene abgeschlossene Empfehlungsvereinbarung insbesondere die Krankenkassen verpflichtet, den individuell Berechtigten bei individuell gegebenem Bedarf den Zugang zu dem Einrichtungstyp zu eröffnen, sind derartige Einrichtungen jedoch noch nicht in allen Landesbereichen verfügbar. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat die Ergebnisse der 1993 endenden Erprobungsphase der „Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke“ in einem Abschlußbericht ausgewertet und kommt darin zu einer positiven Bewertung der Erprobung dieses Einrichtungstyps; sie hat daher den Vertragspartnern der Empfehlungsvereinbarung vorgeschlagen, die Maßnahmen in den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte auf Dauer zum Leistungsangebot der beteiligten Rehabilitationsträger zu zählen.

Die genannten Einrichtungen sind sicher nicht der einzige Weg, um medizinische und berufliche Rehabilitationsmöglichkeiten bei psychisch Kranken und Behinderten auszuschöpfen; insbesondere die „Beruflichen Arbeits- und Trainingszentren“, in denen die Betroffenen von Anfang an als „gesund“ und „arbeitsfähig“ behandelt werden, werden in vielen Regionen geschätzt. Die „Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte“ bleiben aber

- für den Übergang insbesondere „schwerer Fälle“ aus den Kliniken — mit Bedarf intensiver medizinischer und/oder beruflicher Rehabilitation — unentbehrlich,
- Meßlatte bei der Sicherung der Qualität medizinischer und berufsfördernder Rehabilitationsleistungen, wenn solche (und nicht nur „therapeutisches Wohnen“) aus der Sicht der einschlägigen Leistungsträger erforderlich sind, und
- Meßlatte für Rehabilitationserfolge auch bei Anwendung anderer Konzepte zur Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter.

Vor allem bedarf es wohnortnaher rehabilitativer Angebote zur Eingliederung in Arbeit und Beruf. Bisher steht noch nicht einmal in jedem Bundesland eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte zur Verfügung.

3.24

Zur Lage der **Psychiatrie in den neuen Bundesländern** wurde im Auftrag der Bundesregierung bereits 1990 eine Bestandsaufnahme vorgenommen. Der daraus hervorgegangene Bericht „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik — Bestandsaufnahme und Empfehlungen“ wurde von Experten der alten und neuen Länder erarbeitet; er gibt eine Darstellung der Versorgungssituation und stellt die Schwierigkeiten des Umstrukturierungsprozesses dar.

- Danach lag in der ehemaligen DDR eine ähnliche Situation vor wie in den alten Ländern zu Beginn

der Psychiatriereform Ende der 60er Jahre. Die Situation war gekennzeichnet durch eine Dominanz krankenhauserorientierter Betreuung bei gleichzeitigem Fehlen differenzierter ambulanter und komplementärer Versorgungsangebote (z. B. betreutes Wohnen, Kontakt- und Beratungsstellen). Die Größe der psychiatrischen Anstalten schwankte zwischen etwa 300 bis 1800 Betten, wobei die Mehrzahl über 450 bis 800 Betten verfügte. Bauliche, ökonomische und organisatorische Mängel waren Ursachen für die schwerwiegenden Defizite der stationären Krankenhausversorgung. Daneben erschwerte eine hohe Fehlplazierungsquote von teilweise 60 v.H. die problemspezifische Behandlung und Betreuung von Langzeit- und anderen Patienten. Ein viel zu geringer Personalbestand führte dazu, daß sich die psychiatrische Versorgung überwiegend in Verwahrung erschöpfte.

- Die ambulante Versorgung wurde von neuro-psychiatrischen Abteilungen an Kreispolikliniken, Ambulatorien, staatlichen Arztpraxen in äußerst geringer Zahl sowie vereinzelt Dispensaires für spezielle Patientengruppen geleistet. Die ambulanten Einrichtungen waren in der Regel multiprofessionell besetzt (Arzt, Psychologe, Gesundheitsfürsorgerin, Schwester). Ihr Aufgabenspektrum umfaßte Behandlung, Vor- und Nachsorge sowie sozialfürsorgerische Tätigkeiten. Das flächendeckend konzipierte System garantierte jedoch infolge unterschiedlicher Ausstattung mit Personal und Räumlichkeiten, aber auch unterschiedlicher Nutzung der multiprofessionellen Einrichtungen keine einheitlich gute Versorgung.

In den neuen Bundesländern nahmen am 31. Dezember 1991 574 Nervenärzte und Psychiater an der kasernenärztlichen Versorgung teil.

Bundesland	in der Praxis	in Einrichtungen	nur ermächtigt
Brandenburg ..	44	18	20
Berlin (Ost) . . .	53	22	7
Mecklenburg-Vorpommern ..	46	7	23
Sachsen-Anhalt	68	14	0
Sachsen	119	33	30
Thüringen	62	7	1
insgesamt	392	101	81

Der überwiegende Teil der Ärzte hat sich in Einzelpraxen niedergelassen; daneben bilden sich Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, Ärztehäuser, Gesundheitszentren oder medizinisch-soziale Zentren heraus.

3.25

Die **psychiatrische Versorgung** in den neuen Bundesländern ist noch immer nicht ausreichend. Ein großer Teil der fehlplazierten, hospitalisierten Kranken und Behinderten (z. B. die chronisch psychisch Kranken) ist nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig und könnte durch ambulante Dienste oder in anderen, geeigneteren Einrichtungen betreut werden, die aber noch nicht in ausreichender Zahl bereitstehen (z. B. betreute Wohnformen, tagesstrukturierende Angebote, sozialpsychiatrische Dienste).

Um den gezielten Aufbau der für eine moderne Psychiatrie wichtigen ambulanten und komplementären Dienste und Einrichtungen in den neuen Bundesländern zu unterstützen, fördert das Bundesministerium für Gesundheit seit 1991 Projekte im Rahmen des Modellverbands „Psychiatrie“. Im Hinblick auf den Bedarf in allen neuen Ländern wurden zusätzliche Mittel in Höhe von 4 Mio DM im Jahr 1992 und von 10 Mio DM für 1993 bereitgestellt, die zum größten Teil zum Aufbau von Modellregionen dienen. Durch die wissenschaftliche Begleitung der Modellprojekte sollen Erkenntnisse über ein bedarfsgerechtes Versorgungsnetz auf der Grundlage des gegliederten Gesundheitswesens, aber auch unter Berücksichtigung gewachsener Versorgungsstrukturen gewonnen werden.

Über Qualifizierungsprogramme fördert die Bundesregierung Informations- und Schulungsveranstaltungen, um Entscheidungsträger und Führungskräfte aus dem klinischen und administrativen Bereich über inhaltliche und organisatorische Fragen psychiatrischer Versorgung zu informieren. Darüber hinaus werden Beratungshilfen für die Krankenhausorganisation (Bedarfs-, Finanz- und Investitionsplanung), das Krankenhausrecht und zur Umstrukturierung von Polikliniken zu Angeboten sozialer oder gesundheitlicher Dienste aufgebaut.

Besondere Bedeutung kommt der Unterstützung der Selbsthilfe in den neuen Ländern zu. Im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips spielt sie eine entscheidende Rolle für die psychisch Kranken. Die Bundesregierung fördert Aktivitäten des Dachverbandes und des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker sowie Angebote zur Qualifizierung der in den Selbsthilfegruppen Tätigen.

Die bereits angesprochene Verordnung zur Personalbemessung in der stationären Psychiatrie hat zu einer Verbesserung der Personalausstattung in diesem wichtigen Teilbereich geführt. Durch die Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung werden rund 1500 zusätzliche Stellen in den neuen Bundesländern geschaffen, die schwerpunktmäßig dem therapeutischen Personal und dem Pflegepersonal zugute kommen. Damit werden die Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte, an modernen therapeutischen Konzepten orientierte Behandlung psychisch Kranker geschaffen.

3.26

Unerlässlich für die Sicherung des Rehabilitationserfolges ist neben einer gezielten ambulanten oder sta-

tionären Behandlung in vielen Fällen eine qualifizierte **Nachsorge**. Insbesondere Tumorkranken hilft es, im Kreise Gleichbetroffener zu trainieren und sich zu motivieren, mit Belastungen des Alltags und des Berufs besser fertig zu werden. In den alten Bundesländern konnten seit 1981 23 Tumorzentren an Universitäten und 32 onkologische Schwerpunkte an großen Krankenhäusern mit Bundesmitteln in Höhe von insgesamt 280 Mio DM aufgebaut werden. Derzeit liegt der Schwerpunkt der Maßnahmen im Aufbau vergleichbarer Strukturen in den neuen Bundesländern, in denen seit 1991 siebzehn Einrichtungen mit rund 75 Mio DM unterstützt werden konnten; weitere Einrichtungen sind geplant.

Die Zahl der ambulanten Herzgruppen hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen; inzwischen bestehen 3000 Gruppen — davon etwa 420 in den neuen Bundesländern — mit insgesamt rund 60 000 Teilnehmern. In ihnen treffen sich Herzranke auf ärztliche Verordnung und unter ärztlicher Überwachung regelmäßig, um unter Anleitung eines Übungsleiters gemeinsam durch Bewegungstherapie, Entspannungsübungen und Gruppengespräche die Folgen der Krankheit zu kompensieren und weitere Schädigungen abzuwenden. Ihre große Bedeutung für die Rehabilitation Koronarkranker wird heute allgemein anerkannt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen von Modellmaßnahmen zur besseren Versorgung chronisch Kranker die Anschaffung von Notfallausrüstungen für diese Sportgruppen gefördert.

3.27

Betrachtet man **Sport** als spielerische Selbstentfaltung und an Leistungsstreben orientierte Form menschlicher Betätigung, die der körperlichen und geistigen Beweglichkeit dient und um ihrer selbst willen und aus Freude an der Überwindung von Schwierigkeiten ausgeübt wird, so kann die aktive sportliche Betätigung des Behinderten zur Erhaltung und Steigerung seiner verbliebenen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, zu seiner inneren Aufrichtung, zur Aktivierung seiner Eigeninitiative und zur Überbrückung von Hemmungen beitragen.

Die Leistungsvoraussetzungen für den Rehabilitationssport sind im Rehabilitations-Angleichungsgesetz und in den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden ergänzenden Vorschriften festgeschrieben. In der aus dem Jahre 1981 stammenden Gesamtvereinbarung für den ambulanten Behindertensport haben die Leistungsträger der Krankenversicherung, der Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie der Kriegsopferversorgung zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Richtlinien über die Durchführung des Rehabilitationssports aufgestellt. Die Gesamtvereinbarung hat sich als tragfähige organisatorische Grundlage des Rehabilitationssports bewährt; sie wurde im September 1993 mit dem Titel „Gesamtvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ neu gefaßt. Hauptanliegen der Neufassung war die Zusammenfassung von Rehabilitationssport und Funktionstraining „unter einem Dach“, da es zwi-

schen beiden Gebieten große Überlappungen und Übergänge gibt. Weitere Schwerpunkte der neuen Gesamtvereinbarung sind die stärkere Berücksichtigung der Herzgruppen, die Verbesserung des Anerkennungsverfahrens für die Rehabilitationssport-Gemeinschaften und Funktionstrainingsgruppen sowie Klarstellungen bei der Regelung über die ärztliche Verordnung dieser ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation. Nach Zustimmung der Vertragspartner und Herstellung des Benehmens mit Bund und Ländern wird die neugefaßte Gesamtvereinbarung 1994 in Kraft treten.

Nach dem sozialen Entschädigungsrecht mit seinem Kern im Bundesversorgungsgesetz haben Beschädigte Anspruch auf Teilnahme an Versehrtenleibesübungen zur Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit; entsprechendes gilt für diejenigen, die nach Gesetzen versorgt werden, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen. Versehrtenleibesübungen werden — wie der Rehabilitationssport — in Übungsgruppen unter ärztlicher Betreuung und fachkundiger Leitung im Rahmen regelmäßiger örtlicher Übungsveranstaltungen geeigneter Sportgemeinschaften durchgeführt.

Die pauschale Finanzierung der Versehrtenleibesübungen für Kriegsbeschädigte wurde vom 1. Januar 1993 an neu geregelt. Die Neuregelung berücksichtigt den Rückgang der am Versehrten-sport teilnehmenden Kriegsbeschädigten und die Kostenentwicklung, sieht jedoch vor, daß die finanziellen Mittel zur Durchführung der Versehrtenleibesübungen bis 1997 weiterhin in pauschaler Form zur Verfügung gestellt werden; im Jahr 1994 sind 7,7 Mio DM im Bundeshaushalt vorgesehen. Auch für das Beitrittsgebiet wurde eine pauschale Kostenerstattung ermöglicht. Der Deutsche Behinderten-Sportverband erhält aus Bundesmitteln zur teilweisen Deckung der Verwaltungskosten und für die Durchführung bundesweiter Lehrgänge zur Fortbildung von Übungsleitern und Ärzten im Versehrten- und Rehabilitationssport Zuwendungen. Für das Jahr 1994 sind 185 000 DM vorgesehen. Daneben erstatten die Länder den Versehrten-sportorganisationen Verwaltungskosten.

3.28

Rehabilitationssport ist bis vor wenigen Jahren vorwiegend als sinnvoller Weg zu verbesserter Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gesehen worden; heute wird darüber hinaus der sozialen und psychischen Stabilisierung sowie dem integrativen Charakter des Rehabilitationssports zunehmend mehr Beachtung geschenkt. Als Bestandteil der wohnortnahen Rehabilitation kann der Rehabilitationssport unter den Voraussetzungen des § 43 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen als ergänzende Leistung zur Rehabilitation gefördert und auch in neuen Indikationsbereichen eingesetzt werden, z. B. Krebs, Diabetes, Asthma; entsprechendes gilt für die übrigen Träger der medizinischen Rehabilitation. Das bereits erwähnte Funktionstraining in Rheumagruppen dient der Langzeitversorgung,

um schwer Rheumakranken die Mobilität zu erhalten. Das Funktionstraining wird inzwischen auch für MS-, Parkinson-, Osteoporose- und Bechterew-Kranke durchgeführt. Um eine flächendeckende Versorgung absichern zu können, sollten verstärkt Sportgruppen geschaffen werden, die Rehabilitationssport indikationsübergreifend treiben. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung hat die Deutsche Sporthochschule in Köln das Erfahrungswissen zum Rehabilitationssport in einem Sporttherapie-Handbuch zusammen mit einem Indikationskatalog praxisgerecht aufbereitet.

Die Rentenversicherung erbringt seit 1981 Leistungen zum Rehabilitationssport im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten für verschiedene Indikationen. Eine wohnortnahe Versorgung von Versicherten ist vielfach noch nicht gewährleistet, weil die erforderlichen Sportgruppen und Einrichtungen fehlen. Dies ist auch einer der Gründe dafür, daß sich bis heute nur relativ wenig Betreute für einen Rehabilitationssport im Anschluß an stationäre medizinische Leistungen bereit finden. Dem organisierten Rehabilitationssport stellt sich die Aufgabe, Angebote an sport- und bewegungstherapeutische Übungen in Gruppen zu machen, die auf Art und Schwere der Behinderungen und auf den gesundheitlichen Allgemeinzustand der Behinderten abgestellt sind.

3.29

Für ein modernes Verständnis von medizinischer Rehabilitation ist die Tätigkeit von **Selbsthilfegruppen** unverzichtbar, die die professionell arbeitenden medizinischen und sozialen Dienste ergänzen. Derartige Gruppen sind insbesondere insoweit wichtig, als konventionelle „Betreuung“ nicht ausreicht, um die Ziele der medizinischen Rehabilitation zu erreichen. Sie entstehen in der Regel aus der Eigeninitiative der Menschen, die von einem Problem betroffen sind und die dieses Problem gemeinsam, selbstverantwortlich und aktiv bewältigen wollen, wie dies einem zeitgemäßen Verständnis von Rehabilitation entspricht. Der Austausch ganz persönlicher Erfahrungen, das Einfühlungsvermögen aus unmittelbarer Betroffenheit, die Solidarität und die gegenseitige Unterstützung führen zu sehr positiven Wirkungen für die Angehörigen einer Selbsthilfegruppe. Insbesondere im Rahmen der Nachsorge können örtliche Gruppen mit ihren Hilfsangeboten im gesundheitspädagogischen und psychosozialen Bereich zu einer psychischen Stabilisierung der Kranken und Behinderten und auch ihrer Angehörigen beitragen. Diese vor allem psychosoziale Unterstützungsfunktion bei der Förderung der Gesundheit und der besseren Bewältigung von Krankheiten machen Selbsthilfegruppen zu wichtigen Kooperationspartnern der Rehabilitationsträger, insbesondere der Krankenkassen. Diese streben eine noch engere Zusammenarbeit zwischen den professionellen Diensten und den Selbsthilfegruppen an; jedoch soll dadurch die Autonomie der Selbsthilfegruppen nicht gefährdet werden, die ihr zentrales Bestimmungsmerkmal und ihre wichtigste Antriebsquelle darstellt.

Selbsthilfegruppen haben seit Anfang der siebziger Jahre in Deutschland ständig zugenommen; zur Zeit gibt es rund 50 000 Selbsthilfegruppen. Insbesondere im Gesundheitswesen haben sich vielfältige Formen der Selbsthilfe — von großen Selbsthilfeorganisationen bis hin zu kleinen örtlichen Selbsthilfegruppen — herausgebildet. Mit dem Gesundheits-Strukturgesetz wurde ausdrücklich klargestellt, daß Krankenkassen Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen mit gesundheitsfördernder oder rehabilitativer Zielsetzung durch Zuschüsse fördern können; damit kam der Gesetzgeber einer in weiten Bereichen der Krankenversicherung bereits gängigen Praxis nach und anerkannte zugleich ihre Bedeutung als wichtiger Baustein einer zukunftsorientierten Gesundheits- und Sozialpolitik.

Bereits bestehende Kooperationsformen zwischen den Krankenkassen und den Selbsthilfegruppen und die damit verbundene bisherige Förderpraxis können nunmehr qualitativ verbessert sowie die Fördermöglichkeiten mit mehr Transparenz und zielgerichtet genutzt werden. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen hat in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen einen Leitfaden für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen herausgegeben, der Behinderte auf wohnortnahe Rehabilitationsmöglichkeiten und Selbsthilfegruppen hinweist.

3.30

Technische Hilfsmittel sind in unserer Gesellschaft — nicht nur für behinderte Menschen — eine Art „funktionsbezogene Erweiterung der Persönlichkeit“ und damit Teil der Lebensqualität. Wo — allgemeine oder spezialisierte — technische Hilfen Behinderten zu einer solchen „Erweiterung der Persönlichkeit“ und zu mehr Lebensqualität verhelfen können, sind derartige Hilfen in den letzten Jahrzehnten genauso selbstverständlich Teil des Lebens behinderter Menschen geworden, wie Hilfsmittel in der Gesellschaft insgesamt akzeptiert sind. Sind diese notwendig, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine körperliche Behinderung bei notwendigen Verrichtungen des täglichen Lebens sowie der Befriedigung von Grundbedürfnissen auszugleichen, werden die Hilfsmittel durch die jeweils zuständigen Träger erbracht.

Die Abgrenzung zwischen den von der Krankenkasse aufzubringenden und den außerhalb ihrer Zuständigkeit liegenden Hilfsmitteln ist problematisch und nicht immer leicht zu ziehen. Zum Leistungsumfang der Krankenversicherung gehören die Hilfsmittel, die elementaren Körperfunktionen und Grundbedürfnissen der Menschen dienen; dies schließt nicht nur die Körperpflege und Nahrungsaufnahme ein, sondern auch die Möglichkeit zu geistiger Betätigung und Kommunikation. Andererseits sollten Hilfsmittel, die lediglich für besondere Betätigungen im beruflichen, gesellschaftlichen oder privaten Bereich erforderlich sind, nicht von der Krankenkasse, sondern von den für diese Bereiche jeweils zuständigen Sozialleistungsträgern finanziert werden.

Die fachliche Beurteilung, ob Hilfsmittel individuell notwendig sind, umfaßt zunächst einmal die generelle Eignung eines Hilfsmittels einschließlich seiner technischen Qualität; denn nur technisch funktionierende Gegenstände können zum Erreichen dieser Ziele beitragen. Hinzukommen muß die funktionelle Eignung, die angestrebten Eingliederungsergebnisse unter Berücksichtigung der Gegebenheiten auch tatsächlich zu erreichen. Eine gute Versorgung mit technischen Hilfsmitteln erfordert darüber hinaus umfassende Beratung, möglichst unabhängig von Leistungsträgern und Herstellern, denn das Angebot an technischen Hilfsmitteln ist vielfältig und auch für Fachleute schwer überschaubar. Haben Behinderte selbst Erfahrungen mit dem Einsatz für konkrete Zwecke, sind sie in aller Regel selbst die besten Sachverständigen. Liegen derartige Erfahrungen noch nicht vor und lassen sich auch durch den Rat Gleichbetroffener nicht vermitteln, muß die funktionelle Eignung der im Einzelfall für „notwendig“ erachteten technischen Hilfen durch **fachkundige Beratung** gewährleistet werden. Die Einrichtung der orthopädischen Versorgungsstellen hat sich bei der Hilfsmittelversorgung im Bereich des Sozialen Entschädigungsrechts seit Jahrzehnten bewährt. Um die Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen mit den orthopädischen Versorgungsstellen zu verbessern, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, das Land Nordrhein-Westfalen und das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im April 1993 einer Rahmenvereinbarung zugestimmt, die zu einer einheitlicheren Begutachtung beitragen wird. Im Mai 1992 hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in einer Arbeitstagung Organisationsmodelle zur Beratung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln vorgestellt und damit Hinweise zu einer wirkungsvollen und wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung gegeben.

3.31

Beim Zusammenwachsen der beiden deutschen Staaten war die Versorgung Behinderter und Pflegebedürftiger mit technischen Hilfen in der Sozialpolitik einer der ersten Bereiche, in denen eine „Angleichung der Lebensverhältnisse“ besonders dringlich erschien und in denen sie dann auch sehr schnell praktisch in Angriff genommen wurde. Im Rahmen eines **Soforthilfe-Programms** zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung Behinderter in der damaligen DDR hat die Bundesregierung 1990 insgesamt 60 Mio DM zur Verfügung gestellt. Im Rahmen dieses Programms wurden Kinderrollstühle, Dusch- und Toilettenrollstühle sowie Hebegeräte zur Erleichterung der Pflege Behinderter in Rehabilitationseinrichtungen und Heimen angeschafft, außerdem Behinderten-transportfahrzeuge, Kindertoilettenaufsätze, Anti-Decubitusmatratzen und ähnliche Hilfsmittel. Das Programm trug dazu bei, die größte Not in diesem Bereich zu lindern. Seit der Geltung des Sozialleistungsrechts in den neuen Bundesländern haben auch dort alle Behinderten einen Rechtsanspruch auf die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung erforderlichen Hilfsmittel, so daß das Sonderprogramm im Jahre 1991 nicht fortgeführt werden mußte.

4. Vorschul-, Schul- und Hochschulbildung für Behinderte

4.1

Bildungsangebote haben für Behinderte aller Altersgruppen eine besondere Bedeutung. Zum einen ist es vorrangig die Aufgabe des Bildungswesens, die Lern- und Bildungsfähigkeit unter Berücksichtigung der jeweiligen Behinderung so gut wie möglich zu fördern, soweit nötig unter Anwendung behinderungsspezifischer Hilfen. Zum anderen müssen die Betroffenen lernen, ihre Behinderung zu akzeptieren und mit ihr zu leben sowie in einer durchweg nicht auf ihre Behinderung zugeschnittenen Welt zurechtzukommen und sich in ihr zu behaupten. Über die Vermittlung von Bildungsqualifikationen hinaus hat damit das Bildungswesen die Aufgabe, lebenspraktische individuelle und sozial-integrative Hilfen zu geben, und zwar sowohl in der vorschulischen Erziehung, im Schulwesen, in der beruflichen Bildung und im Hochschulbereich als auch in der Weiterbildung.

Unter dem Leitbegriff der Integration sind während der beiden letzten Jahrzehnte in der bildungspolitischen Entwicklung die Wege zu einer verbesserten pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Sondereinrichtungen zunehmend problematisiert worden. Sonderbetreuung, -förderung und -zuwendung werden von vielen behinderten Menschen und ihren Angehörigen nicht als hilfreich, sondern als Beschränkung empfunden und abgelehnt; gerade im Bereich der Bildung wird erwartet, daß durch Öffnung der allgemeinen Einrichtungen eine differenzierte zwischenmenschliche und interkulturelle Wahrnehmung ermöglicht wird.

Derzeit besteht Einigkeit im Ziel; die Bildungseinrichtungen und die in ihnen realisierten allgemeinen oder sonderpädagogischen Fördermaßnahmen müssen darauf abzielen, behinderte Menschen nicht auszugrenzen und zu stigmatisieren, sondern sie in Beruf und Gesellschaft zu integrieren. Allerdings gibt es nach wie vor unterschiedliche Positionen, inwieweit das Ziel der beruflichen und gesellschaftlichen Integration eher über Sondereinrichtungen oder über gemeinsames Leben und Lernen Nichtbehinderter und Behinderter in gemeinsamen Einrichtungen zu erreichen ist.

4.2

Die Chancen für eine erfolgreiche Integration sind im **Kindergartenalter** besonders groß, weil hier Vorurteile und Scheu noch wenig entwickelt sind und die Kinder unbefangener aufeinander zugehen. In den letzten Jahren sind unter der Beteiligung vieler Städte, Gemeinden und freier Träger die Bemühungen verstärkt worden, behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam in Regel- und Sonderkindergärten zu erziehen, um über frühzeitige Integration die Startbedingungen behinderter Kinder zu verbessern und die Entwicklung sowohl der behinderten wie der nichtbehinderten Kinder zu fördern.

1992 gab es in den alten Bundesländern 946 Sonderkindergärten mit etwa 20 800 Plätzen. In elf — alten und neuen — Bundesländern, für die Zahlen vorliegen, wurden in diesem Jahr in 413 Regelkindergärten etwa 660 integrative Gruppen geführt; außerdem wurde in 192 Gruppen von 117 Sonderkindergärten dieser Länder integrativ gearbeitet. Damit gab es allein in den elf Ländern insgesamt 530 (Regel- und Sonder-)Kindergärten mit etwa 850 Gruppen, in denen unter besonderen Rahmenbedingungen jeweils mehrere behinderte Kinder gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern betreut wurden. Darüber hinaus wurden einzelne behinderte Kinder unter besonderen Bedingungen in insgesamt 780 Regelkindergärten (Zahlen für sechs dieser Länder) betreut. Da es Anfang 1987 im alten Bundesgebiet erst 160 integrative Einrichtungen gegeben hat, wird deutlich, daß sich der Ausbau gemeinsamer Erziehung im Kindergarten erheblich verstärkt hat.

4.3

Damit wurden die positiven Erfahrungen, die in der Modellversuchsphase in der ersten Hälfte der achtziger Jahre gewonnen wurden, in die Praxis umgesetzt, allerdings in den einzelnen Ländern mit sehr unterschiedlicher Intensität. In ihrem Beschluß vom 19. Mai 1989 haben die Jugendminister und -senatoren der Länder den Ausbau der verschiedenen Formen gemeinsamer Förderung und Erziehung begrüßt und empfohlen, diesen je nach den örtlichen Gegebenheiten weiterhin gezielt fortzusetzen. In einer Abschlußtagung des vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft geförderten Projektes „Integration von Kindern mit besonderen Problemen“ im November 1990 wurde ebenfalls eine positive **Bilanz bisheriger Integrationsbemühungen** deutlich.

Ehemalige Sonderkindergärten und ihre Träger spielen bei der Entwicklung neuer integrativer Förderangebote eine positive Rolle; ihre Kompetenz trägt wesentlich zum Gelingen gemeinsamen Lebens und Lernens behinderter und nichtbehinderter Kinder bei. Von besonderer Bedeutung ist darüber hinaus, daß zehn Länder — darunter alle neuen Bundesländer — die gemeinsame Erziehung von behinderten und nichtbehinderten Kindern ermöglichen; dies ist besonders bedeutsam, da es in der ehemaligen DDR nur wenig integrative Bemühungen im Sinne einer gemeinsamen Erziehung von behinderten und nichtbehinderten Kindern gab.

Problematisch erscheinen allerdings Länderregelungen, die für Schwerstbehinderte einen Vorrang der Förderung in Sondereinrichtungen vorsehen, da Grenzen der Integration Behinderter nach den in den Modellprojekten gewonnenen Erkenntnissen nicht an Art und Schwere der Behinderung festzumachen sind, sondern vor allem an den Rahmenbedingungen der integrativen Einrichtungen. Eine Konzentration der integrativen Bemühungen auf sog. leichter Behinderte birgt zudem die Gefahr, daß Schwerbehinderte ausgegrenzt werden und in den für ihre Betreuung verbleibenden Sonderkindergärten die für eine Förderung bedeutsame Anregungsvielfalt fehlt.

4.4

Nachdem die **Finanzierungsregelungen** lange Zeit umstritten waren, hat auch hier eine Weiterentwicklung stattgefunden. Inzwischen ist weitgehend geklärt, daß eine qualifizierte gemeinsame Erziehung für die behinderten Kinder als Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz zu werten ist und daß auch Regelkindergärten zu teilstationären Einrichtungen werden können, wenn die notwendigen Hilfen für behinderte Kinder gewährleistet sind; damit sind Voraussetzungen für eine Mischfinanzierung aus Mitteln der Jugendhilfe und der Sozialhilfe gegeben.

Modellprojekte und eine z.T. bereits eingespielte Praxis zeigen, daß eine solche Mischfinanzierung konkret umsetzbar ist; sie wird in den einzelnen Ländern auf der Grundlage der jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen unterschiedlich gehandhabt. Nur in wenigen Ländern wird ausschließlich aus Sozialhilfe- oder aus Jugendhilfemitteln finanziert. Offene Fragen zur Finanzierung sollen entsprechend dem Vorschlag der Jugendministerkonferenz gemeinsam mit der Arbeits- und Sozialministerkonferenz erörtert und gelöst werden. Außerdem bleibt abzuwarten, wie sich die seit April 1993 begründete Zuständigkeit der Jugendhilfe für seelisch behinderte und von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder auf diese Problematik auswirkt.

4.5

Trotz erheblicher Ausweitung des **Angebots an integrativen Gruppen** in den letzten Jahren reichen diese Plätze nicht aus, um die Nachfrage zu decken. Daher sind alle Initiativen zu unterstützen, flächendeckend zu einem bedarfsorientierten Ausbau der Kapazitäten im Kindergartenalter zu kommen; beim Ausbau integrativer Angebote in den Kindergärten ist außerdem zu beachten, daß die Gruppenstärke bei einer gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder in der Regel zu reduzieren ist.

Ein besonderes Augenmerk sollte auch behinderten Kindern gelten, die in Regeleinrichtungen ohne adäquate Fördermöglichkeiten betreut werden; daneben sollte der Prozeß, Sondereinrichtungen für nichtbehinderte Kinder zu öffnen, weitergeführt werden. Ziel muß es sein, Möglichkeiten verantwortbarer Einzelintegration und integrative Gruppen mit mehreren behinderten Kindern zu einem Gesamtsystem zu vereinen.

Bislang konzentrierte sich die gemeinsame Erziehung Behinderter und Nichtbehinderter in Tageseinrichtungen auf das Kindergartenalter. Möglichkeiten zur Integration sollten auch für Kinder unter drei Jahren verstärkt geprüft werden; der vorhandene Bedarf in allen Bundesländern erfordert die Entwicklung eines neuen pädagogischen Ansatzes für behinderte Kleinkinder. Ferner sollte die gemeinsame Erziehung im Hort intensiviert werden, was insbesondere im Zusammenhang mit dem Aufbau integrativer Schulformen unabweisbar erforderlich ist.

In den östlichen Bundesländern ist ein starkes Interesse der Fachkräfte an der Integration festzustellen. Hauptaufgabe dort ist es, eigene, dem historischen Erfahrungshintergrund und den spezifischen Bedingungen angepaßte Konzepte und Methoden gemeinsamer Erziehung zu entwickeln. Weiterer Bemühungen bedarf es aber auch in einigen der westlichen Bundesländer, um eine Stagnation in der Entwicklung hin zu mehr gemeinsamer Erziehung zu vermeiden und das Ausmaß der Integration Behinderter und Nichtbehinderter in Tageseinrichtungen in den verschiedenen Ländern anzugleichen.

4.6

Für die **schulische Bildung** bedeutet der Grundsatz der Integration zunächst, daß auch den leistungsschwächsten behinderten Kindern und Jugendlichen ein angemessenes Bildungsangebot gemacht werden muß. Nach den Schul- und Sonderschulgesetzen der Bundesländer sollen auch behinderte Kinder und Jugendliche möglichst so gefördert werden, daß sie die Bildungsziele der allgemeinen Schulen erreichen können. Darüber hinaus wird angestrebt, möglichst viele behinderte Kinder und Jugendliche in Regelschulen zu fördern und dort, falls erforderlich, zusätzliche sonderpädagogische Hilfen und sonstige angemessene Betreuung zur Verfügung zu stellen. Soweit behinderte Kinder und Jugendliche in anderen Schulformen nicht oder nicht hinreichend gefördert werden können, sind sie in Sonderschulen zu den schulischen Zielen zu führen, die für sie erreichbar sind; auch dort wird, soweit die Fähigkeiten des behinderten Kindes ausreichen, die Vermittlung von allgemeinen Abschlüssen angestrebt.

Die Sonderschulen sind gesetzlich verpflichtet, bis zum Ende eines jeden Schuljahres zu überprüfen, ob der Besuch der Sonderschule weiterhin erforderlich ist. Sie sollen in enger Zusammenarbeit mit anderen Schulen nach Möglichkeit auf eine Eingliederung ihrer Schüler in den Unterricht mit Nichtbehinderten hinwirken oder nach anderen Formen der Kooperation mit Regeleinrichtungen suchen.

4.7

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt — mit dem Ziel der Verbesserung der behinderungsspezifischen Förderung — über ein differenziertes und gut ausgebautes System von **Sonderschulen**. Zur Zeit gibt es Sonderschulen für

- Lernbehinderte,
- Sehgeschädigte (Blinde, Sehbehinderte),
- Hörgeschädigte (Gehörlose, Schwerhörige),
- Taubblinde,
- Geistigbehinderte (oder Praktischbildbare) und Autisten,
- Verhaltensgestörte (Erziehungsschwierige),
- Körperbehinderte,

- Kranke und
- Sprachbehinderte.

Für den Unterricht in einzelnen Sonderschultypen hat die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder Empfehlungen erarbeitet, die 1978 veröffentlicht wurden.

In Sonderschulen befanden sich 1992 insgesamt 360 209 behinderte Schülerinnen und Schüler. In den alten Bundesländern waren es 273 125, in den neuen Ländern (ohne Ostberlin) 87 084 Schülerinnen und Schüler, darunter:

	gesamt	alte Bundesländer	neue Bundesländer
Lernbehinderte	204 813	142 459	62 354
Blinde und Sehbehinderte	4 197	3 496	701
Gehörlose und Schwerhörige	10 185	8 344	1 841
Sprachbehinderte . .	28 947	24 932	4 015
Körperbehinderte . .	19 119	16 256	2 863
Geistigbehinderte . .	48 845	37 441	11 404
Verhaltensgestörte .	21 098	17 913	3 185

4.8

Das **Sonderschulwesen** in den alten Bundesländern wird noch immer vom „Gutachten zur Ordnung des Sonderschulwesens“ der Ständigen Konferenz der Kultusminister von 1960 bestimmt. In ihm war die Eigenständigkeit des Sonderschulwesens und damit der Ort festgeschrieben, an dem die — auch organisatorisch gesonderte — sonderpädagogische Förderung stattfinden soll; es bildete die Grundlage für den Ausbau eines differenzierten Sonderschulwesens. Diese Leitlinie der Schulentwicklung wurde im Jahre 1972 noch einmal bestätigt, obwohl zu dieser Zeit bereits über die — im Jahre 1973 veröffentlichten — Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates „zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ diskutiert wurde. Dort wurde das Modell kooperativer Schulzentren, in dem sowohl allgemeine Schulen als auch Sonderschulen eingebunden sind, entwickelt und begründet und die Maxime vertreten, so viel integrative Erziehung wie möglich durchzusetzen und nur so viel separierte Förderung wie nötig im Schulsystem zuzulassen. Förderung und Unterstützung behinderter Kinder sollten nach den Empfehlungen des Bildungsrates nicht mehr allein auf die in ihrer Eigenständigkeit zu erhaltende Sonderschule beschränkt werden, sondern wurden ausdrücklich in die allgemeine Schule hineinverlagert. Aufgrund unterschiedlicher bildungspolitischer Grundeinschätzungen in den Bundesländern wurden die Empfehlungen des Bildungsrates in der Praxis und in offiziellen Verlautbarungen der

Kultusbehörden kaum aufgegriffen und führten auch nicht zu häufig angemahnten Novellierungen der Empfehlungen der Konferenz der Kultusminister von 1960 und 1972; das Gedankengut des Deutschen Bildungsrates hat jedoch die Bemühungen um ein verbessertes Schulsystem für Behinderte spürbar mitbestimmt.

In der Amtschefkonferenz der Kultusminister wurde 1988 ein flexibles sonderpädagogisches Unterstützungssystem als Alternative zur Monopolstellung der Sonderschulen angesprochen und vermieden, den Ort sonderpädagogischer Förderung festzuschreiben; auch auf die Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern in den Einschätzungen der Möglichkeiten zur Integration wurde hingewiesen. Inzwischen wurde die Arbeitsgruppe „Sonderpädagogik“ der Kultusministerkonferenz wieder eingesetzt; für sie ergeben sich gute Ansatzpunkte, die bisherigen Ordnungsgrundsätze fortzuschreiben und dabei der inzwischen erfolgten Ausdifferenzierung schulischer Angebote Rechnung zu tragen.

4.9

In den alten Ländern der Bundesrepublik Deutschland ist seit Ende der siebziger Jahre eine stetige **Zunahme gemeinsamen Unterrichts** für behinderte und nichtbehinderte Kinder und Jugendliche zu verzeichnen. Dies betrifft vor allem entsprechende Maßnahmen in den Grundschulen; Integration findet aber vermehrt auch in der Sekundarstufe statt. In einer zunehmenden Anzahl von Bundesländern wurden Modellversuche zur Integration eingerichtet. Geistig behinderte Kinder stellen einen hohen Anteil der behinderten Kinder in Integrationsmodellen; bereits heute sind an den zahlreichen Modellstandorten in der Bundesrepublik Deutschland etwa 200 bis 300 geistig behinderte Kinder in den Unterricht integrativer Klassen in Grundschulen oder Sekundarstufen einer Regelschulform einbezogen.

Zur Neuordnung der sonderpädagogischen Förderung haben Berlin, Brandenburg, Hessen, das Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen schulgesetzliche Regelungen getroffen, die in unterschiedlichem Ausmaß die Integration Behinderter in die „Schulgesellschaft“ mit dem Ziel der Integration in die Erwachsenenengesellschaft anbahnen. In diesen Neuregelungen werden Freiräume für die Weiterentwicklung schulischer Strukturen hin zu einem flexiblen Unterstützungssystem gegeben, in dem sowohl integrative Einzelförderung an allgemeinen Schulen, Integrationsklassen, Förderzentren wie auch Sonderschulen ihren Platz haben. In Frage kommen als neue und teilweise schon bewährte Organisationsformen:

- Einzelintegration behinderter Kinder in allgemeinen Schulen, wenn nötig unter Einbeziehung von Sonderpädagogen,
- Unterstützung behinderter Kinder in allgemeinen Schulen durch Zusammenarbeit mit Sonderschulen,

- gemeinsame Unterrichtung behinderter und nichtbehinderter Kinder in Integrationsklassen unter Mitwirkung von Sonderpädagogen,
- die Förderung schwerbehinderter Kinder in Sonderschulen, die nicht in allgemeinen Schulen aufgenommen werden können.

Bei einem derartig erweiterten sonderpädagogischen Aufgabenfeld arbeiten die Sonderschulen den allgemeinen Schulen zu, indem Diagnose, Beratung und Förderung in integrativ arbeitenden Klassen mit Unterstützung von Sonderschullehrern realisiert werden. Die sonderpädagogischen Kompetenzen bleiben dann nicht mehr Sonderschulen vorbehalten; gleichzeitig wird die Differenzierung des bisherigen Sonderschulwesens mit seinen unterschiedlichen Sparten zur Diskussion gestellt. Diese erweiterte sonderpädagogische Aufgabenstellung wurde in zahlreichen Modellversuchen in unterschiedlicher Weise in der Primar- und Sekundarstufe entwickelt, erprobt und ausgewertet mit der Folge, daß die Weiterentwicklung schulischer und außerschulischer Unterstützungssysteme vorangetrieben wurde und sich für behinderte junge Menschen schrittweise die Schullandschaft verändert hat.

Ob ein behindertes Kind besser in einer Schule für Behinderte oder in einer allgemeinen Schule gefördert wird, hängt ganz von den jeweiligen Gegebenheiten ab, insbesondere den spezifischen Bedingungen des einzelnen Kindes, den Wünschen und Zielvorstellungen seiner Eltern sowie den schulischen und therapeutischen Angeboten in Wohnnähe. Kriterium für die Aufnahme eines behinderten Kindes in die allgemeine Schule muß sein, inwieweit personelle und sachliche Rahmenbedingungen geschaffen werden können, die dem behinderten Schüler in der Gemeinschaft mit nichtbehinderten Schülern eine sinnvolle individuelle Entwicklung ermöglichen, ohne die nichtbehinderten Schüler in ihrer Persönlichkeitsentfaltung zu benachteiligen.

4.10

Einen wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung der integrativen Förderung stellen die **Sonderpädagogischen Förderzentren** dar, für die in einigen Bundesländern zur Zeit Konzepte entwickelt und erprobt werden. Es handelt sich um zentrale Einrichtungen, von denen aus Sonderpädagogen verschiedener Fachrichtungen behinderte Kinder an allgemeinen Schulen in einer Region betreuen. Diese Sonderpädagogen unterrichten zusammen mit Lehrern der allgemeinen Schule während mehrerer Wochenstunden und widmen sich dabei den behinderten Schülerinnen und Schülern. In einigen Ländern sind mobile Dienste zur sonderpädagogischen Betreuung Behinderter an allgemeinen Schulen eingerichtet worden.

Neben der gemeinsamen Unterrichtung von behinderten und nichtbehinderten Schülerinnen und Schülern in der Grundschule und in weiterführenden Schulen bestehen vielfältige Formen der Kooperation von allgemeinen Schulen mit Schulen für Behinderte. In Bayern soll z. B. praktisch erprobt werden, wie eine Kooperation von Schulen für geistig Behinderte mit

Grundschulen in der Nachbarschaft funktionieren kann. In diesem und im kommenden Schuljahr läuft in neun bayerischen Städten ein Modellversuch, bei dem zahlreiche gemeinsame Lerngruppen und Projekte erprobt werden sollen. Dabei sollen behinderte und nichtbehinderte Kinder durch verschiedene Schulaktivitäten partnerschaftlich miteinander umgehen lernen. Ziel ist, Möglichkeiten der Integration durch Kooperation der Schulen auszuloten.

Nach wie vor gibt es behinderte Kinder, die das Schulziel der allgemeinen Schulen ohne zusätzliche therapeutische oder pädagogische Hilfen erreichen können. Die Bemühungen, diesen Kindern den Besuch allgemeiner Schulen von Anfang an zu ermöglichen, sollten fortgesetzt und verstärkt werden, soweit der Sachaufwand vertretbar bleibt, denn diese behinderten Kinder können sich in aller Regel auf die Hilfe ihrer Mitschüler, Lehrer und Eltern verlassen.

4.11

Integrationsbemühungen im schulischen Bereich stellen die Erhaltung und Weiterentwicklung der Sonderschulen nicht in Frage. Das bewährte, vor allem in den letzten zwei Jahrzehnten weiterentwickelte Sonderschulwesen ist ein fester Bestandteil des Schulsystems. Es muß auch in Zukunft ein **differenziertes Angebot** für die behinderten Kinder bereitstellen, die in Integrationsmaßnahmen nicht oder nur unzureichend gefördert werden können oder die nach dem Willen der Eltern die Sonderschule mit ihren besonderen Fördermöglichkeiten besuchen sollen. So lassen aus Sicht der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung einige der o. g. Modellversuche trotz einer zunehmenden Integrationsorientierung die Notwendigkeit erkennen, z. B. für schwerst- und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche eine sonderpädagogische Förderung in eigenen Einrichtungen weiterhin vorzusehen. Organisationen der Hörgeschädigten vertreten die Auffassung, daß auch bei allgemeinem Streben nach schulischer Integration Behinderter Schwerhörigen- und Gehörlosenschulen als Angebot erhalten bleiben müssen, damit den unterschiedlichen kommunikativen Bedürfnissen schwerhöriger und gehörloser Schüler entsprochen werden kann. Auch ein Teil der lernbehinderten und verhaltensgestörten Schüler konnte trotz großer Anstrengungen nicht im integrativen Klassenverband verbleiben und wurde in die entsprechenden Sonderschulen überwiesen; bei diesen Schülergruppen muß sich erst noch klären, wie integrationsfördernd die allgemeinen Schulen tatsächlich sein können.

Das Prinzip „soviel Integration wie möglich, so viele Sondereinrichtungen wie nötig“ erscheint im Interesse der betreuten Kinder und Jugendlichen als gangbarer Weg; allerdings sollten die Lerninhalte auch im Bereich der Sonderschulen in der Endphase stärker auf die Anforderungen des Arbeitslebens ausgerichtet werden.

4.12

Qualitative Fortentwicklungen der schulischen Förderung behinderter Kinder werden sich nur verwirklichen lassen, wenn in den Ländern und Städten die erforderlichen konzeptionellen, personellen und sachlichen **Voraussetzungen** verbessert werden. Für die Städte erklärte der Deutsche Städtetag bereits die Bereitschaft, finanzielle Leistungen für die Verwirklichung dieses wichtigen Vorhabens zu erbringen. Auch die Länder sind weiterhin aufgefordert, die Bedingungen für eine problemadäquate, flexible schulische Förderung der Behinderten zu verbessern.

Die Bundesregierung erwartet, daß gemeinsamer Unterricht von Behinderten und Nichtbehinderten, wo immer sinnvoll, die Lebensbedingungen beider Gruppen verbessert und daß die gemeinsame Ausbildung und Erziehung diese Personengruppen zumindest ebenso fördert wie getrennter Unterricht. Die schulischen und außerschulischen Unterstützungssysteme sollten schrittweise weiter ausgebaut, koordiniert und zu einer einheitlichen Gesamtstruktur entwickelt werden, um Behinderten sowie ihren Familien eine ganzheitliche, individuelle und problemspezifische Hilfe zu ermöglichen.

4.13

Da der integrative Unterricht seit den 80er Jahren quantitativ beachtlich zugenommen hat, somit immer mehr Behinderte an allgemeinen Schulen mit spezifischer sonderpädagogischer Betreuung unterrichtet werden, ist die **statistische Erfassung der integrativen Unterrichtsformen** ein dringendes Erfordernis und wird zur Zeit vorbereitet. Beispielsweise ist die Anzahl der Lernbehinderten an Sonderschulen in den alten Bundesländern von 152 916 im Jahr 1985 auf 141 724 im Jahr 1991 zurückgegangen. Eine Einschätzung und Interpretation dieser Entwicklung ist zur Zeit schwierig, da bislang statistisch nicht ausgewiesen ist, wieviele behinderte Kinder und Jugendliche an allgemeinen Schulen unterrichtet werden, sei es in Form der sogenannten „verdeckten“ Integration, sei es in integrativ arbeitenden Klassen im Rahmen eines amtlich genehmigten Modellversuchs oder aufgrund gesetzlicher Regelungen.

4.14

Die Möglichkeiten für den Einsatz neuer **Informations- und Kommunikationstechniken** zur Bildung und Ausbildung Behinderter haben sich in den letzten Jahren rasch erweitert. Bund und Länder haben dies als Herausforderung für eine konsequente Förderung entsprechender Maßnahmen angenommen. Die neuen Techniken ermöglichen auch Behinderten den Zugang zu einer informationstechnischen Bildung. Es wurden u. a. moderne Kommunikationstechniken im integrativen Unterricht mit Blinden und Sehgeschädigten und elektronische Lernhilfen für körperbehinderte Schülerinnen und Schüler erprobt sowie Computerprogramme für den Unterricht mit Hör- und Sprachbehinderten entwickelt. Es wird in

den kommenden Jahren darauf ankommen, die entwickelten Verfahren weiter zu verbessern und in breite Anwendungspraxis umzusetzen.

4.15

Mit der deutschen Einigung entstand für die neuen Bundesländer die Notwendigkeit, in Ausübung ihrer Kulturhoheit eigene Regelungen für den Bildungssektor zu treffen. Dabei wurde von allen Ländern nicht nur das allgemeine, sondern auch das sogenannte Sonderschulwesen auf neue Rechtsgrundlagen gestellt.

Bei der Ausarbeitung der **Schul(reform)gesetze in den fünf Ländern** orientierte man sich in den Grundzügen an den Vorbildern aus den westlichen Bundesländern, vorzugsweise dem Bundesland, zu dem ein besonderes „Betreuungsverhältnis“ bestand. Schulen für Behinderte werden nun entweder als Sonderschulen (Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen) oder als „Förderschulen“ (Brandenburg und Sachsen) bezeichnet; in allen Ländern werden diese Schulen zu den Regelschulen gezählt.

Eine Gemeinsamkeit der neuen Gesetze ist, daß in ihnen das „Recht auf (schulische) Bildung und Erziehung“ als Individualanspruch aufgenommen wurde.

4.16

In den neuen Bundesländern leben etwa 10 000 schulpflichtige **Kinder mit geistiger Behinderung**. Für sie wurde die Durchsetzung der Schulpflicht — und damit des Rechts auf Bildung, das dieser Gruppe behinderter Kinder früher verwehrt wurde — von vielen betroffenen Eltern sehr aufmerksam verfolgt und unterstützt, indem beispielsweise auf die Erarbeitung von Schulentwicklungsplänen oder die Einrichtung von Möglichkeiten für Schülerbeförderung und ähnliches gedrängt wurde. In den vergangenen zwei Jahren haben die Länder die wichtigsten Voraussetzungen geschaffen, um den Schulbetrieb in Schulen für geistig Behinderte aufzunehmen, indem sie die Mehrzahl der ehemaligen Fördereinrichtungen (1989 etwa 15 000 Plätze in 400 Einrichtungen, gut die Hälfte davon in Tagesstätten) in Schulen für geistig Behinderte umgewandelt und neue Einrichtungen geschaffen haben.

Die Mehrzahl der Schulen befindet sich in öffentlicher Trägerschaft, wobei die Schulträger in der Regel die Landkreise und die kreisfreien Städte sind. Daneben gibt es auch Schulen in freier Trägerschaft; die Kultusministerien der Länder legen jedoch Wert darauf, daß der Schwerpunkt bei den öffentlichen Schulen liegen sollte sowie bei denjenigen freien Trägern, die traditionell auch in den alten Bundesländern in diesem Schulbereich tätig sind. Je nach Land besuchen im Durchschnitt 28 bis 36 Schüler eine Schule für geistig behinderte Kinder; die Klassenstärke beträgt abhängig vom Grad der Behinderung 6 bis 8 Schüler. In allen Ländern wird durch die Schule eine

Ganztagsbetreuung angeboten, in einigen Ländern wie z. B. in Sachsen auch während der Ferienzeit.

Für Schüler, deren Schwere oder Art der Behinderung einen Schulbesuch nicht zuläßt und die gegenwärtig zum Beispiel in Krankenhäusern oder Heimen sind, wird der Unterricht vor Ort durchgeführt. Ansonsten wurden die Standorte der Schulen mit dem Ziel ausgewählt, daß die Kinder die Entfernung täglich bewältigen können. Durchgängig als Problem bei der Neugestaltung von Schulen für Geistigbehinderte zeigt sich der Mangel an ausreichend ausgebildetem Fachpersonal für den Unterricht. Die Zahl der ausgebildeten Sonderpädagogen ist gering. Ein wichtiger Schritt, um Fachkräfte der Pädagogik für geistig Behinderte zu gewinnen, war die Einrichtung entsprechender Studiengänge in Form eines Aufbaustudiums an den Universitäten Potsdam, Berlin und Rostock sowie einer entsprechenden Einrichtung in Zwickau.

4.17

Zur Bestandsaufnahme und Analyse der aktuellen **sonderpädagogischen Förderung** in Kindergärten und Schulen (Sonderschulen, Grundschulen, Schulen der Sekundarstufe I und II, Berufsschulen) in den fünf neuen Bundesländern wurde im November 1992 vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft ein Gutachten in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse sollen als Grundlage für die Planung von Vorhaben im Rahmen der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung sowie für Forschungs- und Entwicklungsaufträge zu konkret umrissenen Fragestellungen dienen; das Gutachten wird bis Ende April 1994 vorliegen.

4.18

Die Integration behinderter Studienbewerber und Studierender in die **Hochschulen** erfordert besondere Förderungsmaßnahmen. § 2 Abs. 5 des Hochschulrahmengesetzes macht den Hochschulen zur Pflicht, die besonderen Bedürfnisse behinderter Studenten zu berücksichtigen. Die Bundesregierung hat — in Übereinstimmung mit Beschlüssen der Kultusministerkonferenz von 1982 und 1987 — wiederholt festgestellt, daß aufgrund einer Behinderung kein Studienbewerber oder Student von der Integration in die Hochschule seiner Wahl ausgeschlossen sein darf. Eine ganzheitliche Konzeption zur Verbesserung der Studienbedingungen von behinderten Studenten, die den besonderen Behinderungsformen und den Anforderungen des jeweiligen Studienganges Rechnung trägt, kann jedoch nur in enger Zusammenarbeit aller verantwortlichen Stellen und in ständigem Erfahrungsaustausch mit behinderten Studienbewerbern, Studenten und ihren Interessenverbänden erreicht werden.

Nach der 1990 durchgeführten zwölften Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes über Behinderte und chronisch Kranke im Studium ist der Anteil der Behinderten und chronisch Kranken mit über acht Prozent aller Studierenden wesentlich größer,

als frühere Erhebungen vermuten ließen. Allein 40 v.H. der Behinderten und chronisch Kranken im Studium leiden unter Erkrankungen der inneren Organe, chronischen Stoffwechselstörungen, Atemwegserkrankungen und Allergien; diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, neben Mobilitätsbehinderten Studierenden stärker als bisher die Bedürfnisse anderer Gruppen zu berücksichtigen. 37 v.H. der Behinderten und chronisch Kranken im Studium sind durch ihre Behinderung oder chronische Krankheit mittelgradig bis sehr stark im Studium beeinträchtigt. Aufgrund der gesundheitlichen Schädigung ist der Anteil der Studiengangwechsler bei behinderten und chronisch Kranken deutlich größer, und die Zahl der Studierenden, die ihr Studium unterbrechen mußten, liegt doppelt so hoch wie bei den gesundheitlich nicht beeinträchtigten Kommilitoninnen und Kommilitonen.

4.19

Zur Verbesserung von **Studienmöglichkeiten von Behinderten** unterhält das Deutsche Studentenwerk seit 1982 die zentrale Beratungsstelle für behinderte Studienbewerber und Studenten, die vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft finanziert wird. Hauptaufgabe der Beratungsstelle sind neben der bundesweiten Dokumentation der Studienmöglichkeiten für Behinderte und chronisch-krank Studierendinteressierte und Studierende deren Information und Beratung über diese Studienmöglichkeiten sowie die Mitwirkung an ihrer Verbesserung. Dazu gehören unter anderem die Vermittlung von Ansprechpartnern in den Hochschulen, die Veranstaltung von Schulungen und Tagungen für Behinderte und deren Berater sowie die Veröffentlichung von Informationsbroschüren wie z. B. „Behinderte studieren“, die praktische Tips und einen Überblick über Studienhilfen und Beratungsangebote geben.

Um die Interessen und Belange behinderter und chronisch-kranker Studienbewerber, Studienbewerberinnen und Studierender wirkungsvoller vertreten zu können, arbeitet die Beratungsstelle eng mit den Interessenvertretungen behinderter Studierender, den Beauftragten für Behindertenfragen an Hochschulen, den örtlichen Studentenwerken und anderen studentischen Interessenvertretungen zusammen. Begleitet wird die Arbeit der Behindertenberatungsstelle von ihrem Beirat, dem Vertreter von Behindertenverbänden, der Studentenwerke der Hochschulen, des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft und der Hochschulrektorenkonferenz angehören.

Das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft unterstützt darüber hinaus — im Rahmen der Förderung hochschulbezogener zentraler Maßnahmen studentischer Verbände und anderer Organisationen — auch Gruppen der Behindertenarbeit, in neuerer Zeit auch Interessengemeinschaften aus den neuen Bundesländern. Studierende und ihre Gruppen machen dabei eine Vielzahl von Vorschlägen und geben Anregungen zur Erreichung der genannten Ziele. Ebenfalls mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums veranstaltete die Behinderten-

beratungsstelle des Deutschen Studentenwerks anlässlich ihres 10-jährigen Bestehens im Oktober 1992 eine Fachtagung zum Thema „Studieren mit Behinderung“. Anliegen dieser Fachtagung war die Vorstellung und Diskussion von Projekten, Arbeitsansätzen und Strategien zur Verbesserung der Studiensituation behinderter Studierender. Neben einer Bestandsaufnahme und einer Darstellung einiger beispielhaft ausgewählter Projekte sollten neue Strategien zur Verbesserung der Situation behinderter Studierender im Kreis von Experten entwickelt und diskutiert werden. Der Tagungsbericht liegt vor.

Durch die genannten Maßnahmen sowie dadurch, daß inzwischen mehr als 250 Hochschulen Behindertenbeauftragte benannt haben, konnten die Studiemöglichkeiten Behinderter wesentlich verbessert werden. Dennoch bedarf es auch weiterhin erheblicher Anstrengungen aller Verantwortlichen, um das Ziel zu erreichen, daß das Studium an einer Hochschule jedem Behinderten offensteht, der die notwendigen Voraussetzungen dafür mitbringt.

4.20

Gemeinsam mit dem Land Baden-Württemberg wurde von 1987 bis 1993 ein Modellversuch an der Universität Karlsruhe gefördert mit dem Ziel, auch **Blinden** und hochgradig Sehgeschädigten das Studium der Informatik und des Wirtschaftsingenieurwesens zu ermöglichen. Die apparative Unterstützung im Studienablauf war gleichzeitig Modell für die Gestaltung späterer Arbeitsplätze; die Erfahrungen und konkreten Entwicklungen innerhalb des Modellversuchs eröffneten Blinden und Sehbehinderten darüber hinaus die Möglichkeit, auch andere Studiengänge aufzunehmen. Das Land hat den Modellversuch inzwischen in eine Regeleinrichtung mit der Bezeichnung „Studienzentrum für Sehgeschädigte“ übergeführt.

In einem weiteren Modellversuch mit dem Land Hessen wurde an der Universität Marburg erprobt, wie eine bedarfsdeckende Versorgung blinder und sehbehinderter Studierender mit behindertengerecht aufbereiteten Studienmaterialien (Kassetten, Braille- und Großdruck, Literatur auf Datenträger, taktile Grafiken usw.) erreicht und eine bundesweite Versorgung über das Fernleihsystem der Universitätsbibliotheken hergestellt werden können. Der Modellversuch ist abgeschlossen; eine Versorgung der sehbehinderten Studierenden an der Universität Marburg ist sichergestellt. Die Ergebnisse des Modellversuchs werden von der Universität aufbereitet und der interessierten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. Die Länder haben außerdem Initiativen eingeleitet, zu einer bundesweiten Vernetzung von Angeboten zur Förderung blinder und sehbehinderter Studierender zu kommen.

Demgegenüber ist die Lage hörbehinderter Studierender stark verbesserungsbedürftig. Ein Symposium an der Universität Heidelberg hat 1991 die hierzu auch an anderen Hochschulen gesammelten Erfahrungen zusammengetragen und verdeutlicht, welche Probleme hier noch gelöst werden müssen, um das

Ziel chancengerechter Teilhabe dieser Behinderten-gruppe am Studium zu erreichen. Seit Herbst 1992 läuft an der Universität Hamburg ein Modellversuch, der die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zum Ziel hat, die das Studium Hörgeschädigter im Regelstudium und eine nachhaltige Verbesserung der Kommunikation zwischen Gehörlosen untereinander und mit Hörenden ermöglichen sollen. Dazu gehören insbesondere ein Magister-Studiengang für Gebärdensprachlehre und -sprachwissenschaft, ein Ausbildungsgang für Gebärdensprachdolmetscher in verschiedenen Studienfächern und für Arbeitsfelder außerhalb der Hochschule sowie die Erarbeitung von Studienführern sowie multimedialer Lehr- und Lernmittel.

Zur weiteren Verbesserung der Situation behinderter und chronisch kranker Studieninteressierter und Studierender fördert das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft ab 1993 zwei Forschungsvorhaben.

— Das Projekt „Studieren mit Behinderungen in den neuen Bundesländern“ leistet eine Bestandsaufnahme zur Studiensituation Behinderter unter besonderer Berücksichtigung der Studienbedingungen und infrastrukturellen Voraussetzungen an den Hochschulen sowie der Lebensbedingungen im Gesamtzusammenhang. Im Rahmen des Projekts sollen u. a. Empfehlungen und Handlungsmodelle für die hochschulpolitische Planung erarbeitet werden.

— Das Projekt „Studienbedingungen und Studieverhalten von Behinderten“ soll Auskunft geben über Probleme der konkreten Lebens- und Studiensituation von Behinderten unter Berücksichtigung von behindertenspezifischen Beeinträchtigungen und Belastungen mit dem Ziel, die Studienbedingungen und die bisherigen Beratungspraktiken an Hochschulen zu verbessern und vorhandene Betreuungs- und Beratungsdienste zu vernetzen.

4.21

Seit 1987 ist in den Rahmenplänen für den **Hochschulbau** festgehalten, daß bei allen Neu- und Umbaumaßnahmen die Belange Behinderter zu berücksichtigen sind. Nach Auskunft der Länder, die für die Bauplanung und -durchführung der Hochschulen zuständig sind, werden bei Baumaßnahmen die Belange Behinderter zunehmend in die Planung einbezogen. Zum Teil werden auch ältere Gebäude umgerüstet, z. B. durch den Einbau von Rampen und rollstuhlgerichten Aufzügen. Der Bund beteiligt sich an diesen Investitionskosten, wenn sie höher als 500 000 DM sind, mit 50 v. H. Da die Summe von 500 000 DM bei gezielten Maßnahmen für Behinderte nur verhältnismäßig selten erreicht wird, haben sich Bund und Länder im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbau darauf verständigt, verschiedene behindertengerechte Um- und Anbaumaßnahmen in mehreren Gebäuden an einem Standort einer Hochschule zusammenzufassen. Dies ist ein deutlicher Fortschritt, der dazu führte, daß seit 1988

verstärkt Bauvorhaben durchgeführt werden, die die Studienmöglichkeiten Behinderter verbessern.

Das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft förderte ferner zwischen 1989 und 1992 beim Deutschen Studentenwerk ein Forschungsprojekt „Hochschule — behindertengerecht“, das den verantwortlichen Stellen die benötigten Planungsgrundlagen für behindertengerechtes Bauen zur Verfügung stellen soll. Außerdem sollte geprüft werden, wie Mehrkosten für behindertenfreundliche und behindertengerechte Maßnahmen durch die Entwicklung geeigneter Baustandards vermieden oder auf ein Minimum reduziert werden können. Dieses Handbuch bietet mit einer Reihe von Schwerpunktsetzungen erstmals eine grundlegende Planungshilfe für den Hochschulbau und den studentischen Wohnheimbau; es soll bis April 1994 der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden, nachdem das Deutsche Studentenwerk vorab bereits die Teile veröffentlicht hat, die den studentischen Wohnheimbau betreffen.

4.22

Ein **Fernstudium** bietet ein erhöhtes Maß an Selbstbestimmung im Hinblick auf Lernort, Lernziel und Lerngeschwindigkeit und damit besonders für behinderte Studenten erhebliche Vorteile. Beispielsweise entfällt für körperbehinderte Studenten auf diesem Wege die oft mit erheblichem Aufwand verbundene Teilnahme an Präsenzveranstaltungen. Die in den Studienzentren tätigen Studienberater und Mentoren berücksichtigen die besonderen Probleme behinderter Studenten und bemühen sich verstärkt um ihre Integration in den Studienbetrieb. Sie stellen auch die erforderliche persönliche Beratung oder Betreuung sicher. Andererseits kann ein Fernstudium selbstverständlich nicht in gleicher Weise zur Persönlichkeitsbildung und zur sozialen Integration Behinderter beitragen wie ein Studium unter den üblichen Bedingungen. Im Rahmen seiner Förderung hochschulbezogener zentraler Maßnahmen studentischer Verbände und anderer Organisationen unterstützt das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft Aktivitäten, die diesem Problem Rechnung tragen.

4.23

Behinderte und nichtbehinderte Studenten haben in gleicher Weise Zugang zur **Studienförderung** nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz. Zum Ausgleich behinderungsbedingter Defizite enthält das Gesetz bestimmte Sonderregelungen. So erhalten Behinderte für den Zeitraum, um den sich das Studium behinderungsbedingt verlängert, über die Förderungshöchstdauer hinaus Förderungsleistungen. Für Bewilligungszeiträume, die nach dem 30. Juni 1990 begannen, wird die wegen einer Behinderung über die Förderungshöchstdauer hinaus geleistete Ausbildungsförderung in voller Höhe als Zuschuß und nicht — wie normalerweise — zur Hälfte als Darlehen geleistet. Studenten, auf die diese Regelung noch nicht zutrifft, wird der nach 1983 wegen einer Behinderung

über die Förderungshöchstdauer hinaus geleistete Darlehensanteil auf Antrag erlassen, wenn sie die Ausbildung mit Bestehen der Abschlußprüfung oder planmäßig abgeschlossen haben. Bei der Anrechnung des Einkommens der Eltern oder der Ehegatten auf den Bedarf können auf Antrag Aufwendungen für behinderte Personen über die pauschal festgesetzten Freibeträge hinaus berücksichtigt werden, um unbillige Härten zu vermeiden.

4.24

Um Behinderte in die **Weiterbildung** einzubeziehen, trägt das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft vor allem durch Förderung der Konzeptentwicklung und -erprobung zur Verbesserung der spezifischen Fortbildung für Dozenten in der Weiterbildung bei, außerdem durch Förderung der Modellentwicklung von Weiterbildungsangeboten für Behinderte.

Die bisherigen Angebote der Weiterbildung behinderter Menschen berücksichtigen die Gruppe geistig behinderter Menschen nur unzureichend. Maßgeblich für das Bedürfnis geistig behinderter Menschen nach Weiterbildung sind u. a. folgende Aspekte:

- Die höhere Lebenserwartung fordert auch vom Menschen mit geistiger Behinderung altersgemäßes Lernen und Handeln.
- Die durch die verschiedenen Förderangebote erlernten Kenntnisse und Techniken gilt es zu erhalten und auszubauen.
- Neuere Erkenntnisse über die Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung lassen darauf schließen, daß viele von ihnen gerade im Erwachsenenalter eine Erhöhung ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit erfahren, die Unterstützung verdient, um ihnen eine möglichst weitgehende Teilnahme an Gesellschaft und Kultur zu ermöglichen.
- Die nicht selten gleichförmige Arbeitsbeanspruchung in einer Werkstatt für Behinderte oder in der freien Wirtschaft erfordert einen Ausgleich, in dem psychische Bedürfnisse, Wissensdrang und Kontaktinteressen durch kreative Angebote aufgegriffen werden müssen.

Das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft fördert ein wissenschaftliches Begleitprojekt, mit dem vorhandene Ansätze zur Erwachsenenbildung geistig Behinderter objektiviert und weiterentwickelt werden sollen. Im Rahmen dieses Projektes werden spezifische Seminarkonzepte und Curricula zu den Komplexen „Lebensbewältigung/Arbeit“ und „Lebensbewältigung/Wohnen“ entwickelt und experimentell erprobt. In vergleichenden Einzelfallanalysen werden die Auswirkungen der Seminare auf die einzelnen Teilnehmer erfaßt und Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Maßnahmen und deren Varianten gezogen. Die Ergebnisse des Projektes — vor allem die erprobten methodischen Hilfen für Weiterbildungler Behinderter — sollen einen Beitrag zur Erhöhung der Effizienz von Weiterbildungsmaßnahmen für geistig Behinderte leisten.

Volkshochschulen, kirchliche Einrichtungen und Behindertenverbände bieten in den letzten Jahren verstärkt Fort- und Weiterbildungskurse für Menschen mit geistiger Behinderung an, teils gezielt in der Gruppe, teils mit bewußter Öffnung für behinderte und nichtbehinderte Teilnehmer.

5. Berufliche Bildung Behinderter und berufliche Rehabilitation

5.1

Eine **dauerhafte berufliche Eingliederung** ist für Menschen mit Behinderungen von elementarer Bedeutung; sie ist einer der wesentlichen Faktoren und zugleich Voraussetzung für ihre Eingliederung in die Gesellschaft insgesamt. Grundsätzlich stehen Behinderten alle beruflichen Wege und Möglichkeiten offen, die auch von Nichtbehinderten gewählt werden können. In der Berufsausbildung und -ausübung Behinderter hat der Grundsatz der Integration daher seit jeher einen besonders hohen Stellenwert. Viele Behinderte können ohne oder lediglich mit den allgemeinen Hilfen der Solidargemeinschaft im Arbeits- und Berufsleben dauerhaft Fuß fassen. Der technologische Fortschritt und die auf seiner Grundlage entwickelten Hilfsmittel eröffnen insbesondere Körper- und Sinnesbehinderten neue berufliche Chancen, bringen aber zugleich steigende berufliche Anforderungen mit sich, die Lern- und Mehrfachbehinderte in Ausbildung und Beruf nur schwer bewältigen können.

Wo zur Eingliederung ins Arbeitsleben wegen Art oder Schwere der Behinderung besondere Hilfen erforderlich sind, stehen diese als Leistungen und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation oder zusätzliche Leistungen für Schwerbehinderte (§§ 20, 29 Erstes Buch Sozialgesetzbuch) zur Verfügung; sie sollen nach Art und Umfang den besonderen Bedürfnissen des Einzelfalls Rechnung tragen. Aber auch die berufliche Rehabilitation selbst muß integrativ angelegt sein und Behinderten, soweit möglich, den Zugang zum Berufsleben nach den auch für Nichtbehinderte geltenden Grundsätzen und Kriterien sowie an den gleichen Lernorten ermöglichen; allerdings dürfen bei allem Bemühen um Integration Bedürfnisse Behinderter nach besonderer Förderung nicht vernachlässigt oder gar ignoriert werden.

5.2

In einer Marktwirtschaft herrscht **Wettbewerb auch am Arbeitsmarkt**; in ihr sind letztlich die berufliche Qualifikation und die Leistungsbereitschaft auch bei Behinderten entscheidend dafür, ob sie einen Arbeitsplatz erhalten und auf Dauer behalten. Behinderte können nur bei möglichst guter beruflicher Qualifizierung den Wettbewerb mit Nichtbehinderten im Arbeitsleben bestehen; deshalb wird angestrebt, Behinderten zunächst einmal die beste individuell erreichbare Qualifikation zu vermitteln, damit sie anschließend nicht nur kurzfristig, sondern möglichst dauerhaft beruflich eingegliedert werden. In-

nerhalb der Strategien zur beruflichen Eingliederung ist nach deutschen Erfahrungen die berufliche Qualifizierung der entscheidende Schlüssel. Vorrangige Aufgabe bei der beruflichen Eingliederung Behinderter ist daher, durch umfassende Bildungsangebote für Behinderte möglichst weitgehende Chancengleichheit mit Nichtbehinderten im Wettbewerb um einen dauerhaften Arbeitsplatz herzustellen. Wie bei der beruflichen Bildung Nichtbehinderter liegt auch hier der Schwerpunkt im Bereich der dualen Ausbildung mit dem Ziel eines qualifizierten Berufsabschlusses in einem der anerkannten Ausbildungsberufe nach § 25 Berufsbildungsgesetz und § 25 Handwerksordnung.

5.3

Der **Übergang von der Schule in das Arbeitsleben** ist für alle Jugendlichen ein entscheidender Schritt. Die Wahl des Berufs und des Ausbildungswegs erfordert weitreichende Überlegungen und Entscheidungen. Dies gilt um so mehr für die Berufswahl Behinderter; denn diese haben es wegen ihrer Behinderung vielfach schwerer als andere, einen passenden Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu finden. Es sollte sichergestellt werden, daß Behinderte keine betrieblichen Ausbildungen aufnehmen, deren Anforderungen sie nicht auf Dauer gewachsen sind oder deren Qualifikation keine dauerhaft gesicherte Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwarten läßt.

Junge Behinderte und ihre Eltern sind deshalb bei ihrer Berufswahl mehr als andere auf sachkundigen Rat und fördernde Hilfe angewiesen. Diese Hilfe zu leisten, ist eine wichtige Aufgabe der Berufsberatung der Bundesanstalt für Arbeit. Sie zu erfüllen wird zunehmend schwieriger, weil

- der wirtschaftlich-technische Wandel auf dem Arbeitsmarkt zu neuen Beschäftigungsstrukturen geführt hat, indem einfache, bislang auch von Behinderten ausgeübte Tätigkeiten weitgehend entfallen,
- unter den Ausbildungsplatzbewerbern solche mit psychischen Beeinträchtigungen, erheblich reduziertem Lern- und Leistungsverhalten oder auffälligem Sozialverhalten zunehmen, andererseits
- die große Bedeutung einer möglichst vollwertigen Teilhabe am Arbeitsleben für die Eingliederung in die Gesellschaft insgesamt zu entsprechenden Erwartungen und Forderungen der behinderten jungen Menschen sowie ihrer Eltern und Lehrer führt, die für immer neue Behindertengruppen mit wachsendem Nachdruck vertreten werden.

Die immer noch wachsende Bedeutung der Berufsberatung zeigt sich auch darin, daß in der Zeit von Oktober 1991 bis September 1992 allein bei den Arbeitsämtern der alten Bundesländer 150 700 Behinderte den Rat der Berufsberatung gesucht haben; dies waren 11,7 v. H. der insgesamt 1 284 000 Ratsuchenden der Berufsberatung. Die Hälfte der ratsuchenden Behinderten waren Abgänger von Sonderschulen für Lernbehinderte. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Zahl Behinderter, die zu ihrer beruflichen Eingliederung

rung besonderer Hilfen bedürfen, nochmals um 2,6 v. H. zugenommen und damit den bisher höchsten Stand erreicht; die Zahl ratsuchender Rehabilitanden liegt damit heute um mehr als die Hälfte höher als 1980/81.

5.4

Berufsberater für Behinderte sind nicht nur für die Berufsorientierung und berufliche Beratung, sondern auch für die Vermittlung von Behinderten in betriebliche oder überbetriebliche Ausbildungsstellen, für den Nachweis schulischer Ausbildungsmöglichkeiten sowie für die Einleitung berufsvorbereitender Maßnahmen zuständig. Auch obliegt den Berufsberatern für Behinderte die begleitende Betreuung und

Beratung im Verlaufe beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen.

Von den im genannten Zeitraum beratenen Behinderten mündeten 27 500 (18 v. H.) in eine betriebliche oder überbetriebliche Ausbildung ein; 30 100 (20 v. H.) begannen zunächst eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, um sich auf eine Ausbildung oder Arbeitsaufnahme vorzubereiten. Während 14 500 (10 v. H.) den Besuch einer allgemeinbildenden Schule fortsetzten, entschlossen sich 9 900 (7 v. H.), eine berufsbildende Schule zu besuchen; für den Besuch einer Fachhoch-/Hochschule entschieden sich 800 (0,5 v. H.). 22 700 (15 v. H.) der von der Berufsberatung beratenen Behinderten nahmen ohne weitere Bildungsmaßnahmen eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf.

Beratungsergebnisse in den alten Bundesländern	1988/89	1989/90	1990/91	1991/92
Rehabilitanden insgesamt	133 167	141 910	146 798	150 658
darunter:				
betriebliche Berufsausbildung	27 836	31 267	33 113	27 457
Arbeitsstelle.....	16 998	20 628	21 795	22 735
Berufsgrundschul-/bildungsjahr	2 767	2 090	1 791	1 469
Berufsfachschule	2 787	2 584	2 611	2 756
sonstige berufliche Schule	3 838	5 156	5 435	5 697
allgemeinbildende Schule	12 737	12 426	13 534	14 512
berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme	27 320	25 628	23 393	30 097
Studium	728	683	722	768

5.5

In den **neuen Bundesländern** nahmen 1991/92 27 700 ratsuchende und 8 600 ausbildungsstellensuchende Rehabilitanden die Berufsberatung der Arbeitsämter in Anspruch. Dies waren 8,7 v. H. aller Ratsuchenden (317 800) oder 6,2 v. H. aller Ausbildungsplatzbewerber (138 300); am Ende des Beratungsjahres 1991/92 waren in den neuen Bundesländern nur 90 (1 v. H.) der behinderten Bewerber um einen Ausbildungsplatz noch nicht vermittelt. In diesem Zusammenhang ist allerdings anzumerken, daß der Anteil jugendlicher Rehabilitanden in den Arbeitsamtsbezirken der neuen Bundesländer noch unter dem im alten Bundesgebiet liegt. Einer der Gründe hierfür dürfte sein, daß die Berufsberatung für Behinderte in den neuen Bundesländern noch nicht in dem wünschenswerten Maße angenommen wird, obwohl inzwischen bei allen Arbeitsämtern (38 mit 158 Nebenstellen) Berufsberater für Behinderte tätig sind; diese werden wie in den alten Bundesländern von psychologischen, ärztlichen und technischen Diensten bei ihrer Arbeit unterstützt.

5.6

Schwerpunkte der **berufsberaterischen Fachaufgaben** zur beruflichen Eingliederung Behinderter sind insbesondere

- die behinderungsgerechte Ausrichtung der Berufswahlvorbereitung,
- die differenzierte Anwendung der vielfältigen Realisierungshilfen sowie
- der zielgerichtete Einsatz berufsfördernder Leistungen.

Wichtige Hilfen sind dabei vor allem die bedarfsgerechte Nutzung berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen, gezielte Aktivitäten zur Erschließung des betrieblichen Ausbildungsplatzangebots sowie eine begleitende Betreuung und Beratung während der beruflichen Rehabilitation. Um eine zeitgemäße, sich an den aktuellen Erfordernissen des Arbeitsmarkts orientierende Berufsberatung Behinderter zu gewährleisten, hat die Bundesanstalt für Arbeit mit ihrem Runderlaß vom Januar 1990 Weisungen zur Berufsberatung Behinderter erlassen, unter anderem mit dem Ziel, regionale Arbeitsgemeinschaften zur

beruflichen Eingliederung von Behinderten zu bilden; 1993 hat sie ihr Handbuch „Behinderte Jugendliche vor der Berufswahl“ in einer aktualisierten, erweiterten Ausgabe vorgelegt.

Mit Blick auf den europäischen Binnenmarkt und die sich aus ihm ergebenden Entwicklungen müssen bei der beruflichen Eingliederung Behinderter stärker auch „europäische“ Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Die Bundesanstalt für Arbeit ist bestrebt, die europäische Entwicklung und sich daraus ergebende Möglichkeiten zusätzlich in das berufsberaterische Denken und Handeln einzubeziehen sowie Empfehlungen und Programme auf europäischer Ebene entsprechend zu nutzen.

5.7

Die spezifischen Bedürfnisse Behinderter erfordern eine systematische und zielgerichtete **Berufswahlvorbereitung**. Die Berufsberatung für Behinderte hält deshalb insbesondere für Schüler von Sonderschulen ein differenziertes Angebot berufsorientierender Maßnahmen vor, welches in seinen Inhalten, Formen und Methoden behinderungsgerecht ausgestaltet ist; dabei werden die sich aus einer Behinderung ergebenden beruflichen Auswirkungen besonders berücksichtigt. Ergänzend werden von der Berufsberatung Berufswahlseminare für Behinderte und begleitete Betriebskontakte angeboten. Die Planung, Vorbereitung und Durchführung solcher Maßnahmen geschieht — wo immer möglich — in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den Schulen und in enger Abstimmung mit deren berufswahlvorbereitendem Unterricht im Rahmen der Arbeitslehre. In manchen Regionen hat sich bereits die Praxis bewährt, daß (Sonder-)Schule und Berufsberatung gemeinsam ihre Einschätzung über die Möglichkeiten der beruflichen Eingliederung und die hierzu nötigen Bildungsmaßnahmen in einem Gutachten festhalten; dies gibt nicht nur den Betroffenen und ihren Familien Klarheit, sondern dokumentiert zugleich den regionalen Bedarf an Förderung. Ähnliche Anliegen verfolgt die gemeinsame Empfehlung des Kultusministeriums Baden-Württemberg und des Landesarbeitsamtes Baden-Württemberg zur Bildung von örtlichen Arbeitskreisen mit Vertretern der Förderschulen, der beruflichen Schulen sowie der Berufsberatung des Arbeitsamtes; Ziel ist, durch gemeinsames Handeln auf örtlicher Ebene die beruflichen Perspektiven Behinderter und benachteiligter Jugendlicher zu verbessern.

Ziel der Berufsorientierung ist, über Fragen der Berufswahl, über die Berufe, über deren Anforderungen und Aussichten, über Wege und Förderung der beruflichen Bildung sowie über bedeutsame Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung behinderungsspezifischer Aspekte zu informieren. Bewährt haben sich in diesem Zusammenhang Gruppenbesprechungen, insbesondere in den Sonderschulen (zumeist in der vorletzten Klasse), Elternabende und -sprechstage sowie individuelle Einzelberatungen des Behinderten und seiner Eltern, die sich in der Regel über mehrere Gespräche erstrecken.

Ergeben sich bei der Beurteilung der beruflichen Eignung von Behinderten Zweifelsfragen, kann der Berufsberater vor einer Berufswahlentscheidung Neigung und Eignung der Behinderten für einen bestimmten Berufsbereich mit Berufsfindung oder Arbeitserprobung nochmals überprüfen. Hierfür ist je nach Lage des Einzelfalls ein Zeitrahmen von bis zu drei Wochen bei Arbeitserprobung und bis zu zwei Monaten bei Berufsfindungsmaßnahmen vorgesehen. Diese Maßnahmen können bereits während des letzten Schuljahrs durchgeführt werden, sofern die zuständige Schulbehörde die erforderliche Unterrichtsbefreiung gewährt.

Den Stellenwert derartiger Maßnahmen verdeutlichen auch die Teilnehmerzahlen; so sind in den alten Bundesländern 1992 5157 Behinderte in Arbeitserprobungs- und 6622 Behinderte in Berufsfindungsmaßnahmen eingetreten; in den neuen Bundesländern gab es in 1992 demgegenüber erst 36 Zugänge bei der Berufsfindung und 74 Eintritte in Arbeitserprobungsmaßnahmen, weil geeignete Einrichtungen noch kaum zur Verfügung standen.

5.8

Grundsätzlich ist es **Aufgabe der schulischen Bildung**, auch junge Menschen mit Behinderungen auf ihre Einmündung in das Berufsleben vorzubereiten. In Ergänzung hierzu sieht auch das Arbeitsförderungsgesetz berufliche Bildungsmaßnahmen vor, die nicht den Schulgesetzen der Länder unterliegen und die die Aufnahme einer Berufsausbildung vorbereiten sollen oder der unmittelbaren beruflichen Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dienen (berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen). Die Berufsberatung für Behinderte kann erforderliche berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen nach dem Arbeitsförderungsgesetz nur initiieren und fördern, soweit und solange für die behinderten Jugendlichen kein entsprechendes und ausreichendes schulisches Angebot zur Verfügung steht.

Wesentliche Aufgaben und Ziele dieser berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen sind:

- Bereitschaft zu wecken und zu fördern, eine berufliche Bildung aufzunehmen,
- die individuellen Chancen für eine dauerhafte Eingliederung in das Beschäftigungssystem zu verbessern,
- fachpraktische und fachtheoretische Grundkenntnisse und -fertigkeiten sowie soziale Qualifikationen zu vermitteln und
- die bildungsmäßigen Voraussetzungen für die Aufnahme einer Ausbildung zu verbessern (z. B. neben berufsbildenden Elementen Vorbereitung auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses, Beseitigung von Sprachdefiziten).

Im einzelnen werden gefördert

- Grundausbildungslehrgänge,
- Förderungslehrgänge,
- Informations- und Motivationslehrgänge,

- Maßnahmen im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich von Werkstätten für Behinderte sowie
- blindentechnische und vergleichbare spezielle Grundausbildungen.

5.9

Vorrangiges Ziel dieser Maßnahmen ist, Behinderte — wenn auch mit notwendigen „Umwegen“ — zu befähigen, eine **Berufsausbildung im dualen System** aufzunehmen und dort eine Qualifikation zu erwerben. Wo dies trotz berufsvorbereitender Maßnahmen nicht möglich ist, sollen die Betroffenen zumindest befähigt werden, sich auch ohne „klassische“ Berufsausbildung in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Dem zuletzt genannten Ziel dienen insbesondere die Förderungslehrgänge, die z. B. umfänglich Lernbehinderten überhaupt erst ermöglichen, eine Arbeitnehmertätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen. Hierdurch kann in vielen Fällen eine Aufnahme in einer Werkstatt für Behinderte abgewendet werden, wenn die Betroffenen dort unterfordert wären.

Das inhaltliche Konzept dieser Maßnahmen orientiert sich im allgemeinen an den Möglichkeiten des regionalen Arbeitsmarkts; die Maßnahmedauer be-

trägt in der Regel zwei Jahre, kann bei Bedarf aber auch darüber hinaus verlängert werden. Diese Möglichkeit, die insbesondere umfänglich lernbehinderten Jugendlichen hilft, gilt als ein erster Schritt zur nachhaltigen Verbesserung der beruflichen Chancen dieses Personenkreises, dem nun eine schrittweise inhaltliche Fortentwicklung der Förderungslehrgänge folgen sollte. In fünf Berufsbildungswerken und drei sonstigen Rehabilitationseinrichtungen werden diese Maßnahmen modellhaft erprobt, und zwar in den Berufsbereichen Metall, Hauswirtschaft, Sozialpflege, Gartenbau, Landschaftspflege, Büro und Verwaltung. Die Zielvorstellungen derartiger Maßnahmen sind zu konkretisieren, sobald weitere Erfahrungen vorliegen; insbesondere wird zu prüfen sein, ob eine inhaltliche Strukturierung der Maßnahmen in Anlehnung an die aufgrund des Berufsbildungsgesetzes und der Handwerksordnung erlassenen Ausbildungsordnungen sinnvoll ist.

Dabei setzt die Bundesregierung auf die Durchlässigkeit des beruflichen Bildungssystems. Stellt sich beispielsweise während eines Förderungslehrgangs heraus, daß Teilnehmer doch noch für eine Berufsausbildung (ggf. mit behinderungsspezifischer Modifikation) befähigt werden können, ist unverzüglich ein entsprechender Übergang einzuleiten.

Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen der Berufsberatung in den alten Bundesländern 1992:

Maßnahmeart	absolut		in v. H.	
	Zugänge	Austritte	Zugänge	Austritte
Grundausbildungslehrgang	776	849	3,4	3,8
Förderungslehrgang	12 419	12 148	53,8	54,5
davon:				
— Zielgruppe 1	6 281	5 873	27,2	26,3
— Zielgruppe 2	5 913	5 697	25,6	25,6
— Zielgruppe 3	225	578	1,0	2,6
Informations-/Motivationslehrgang	131	107	0,6	0,5
Eingangsverfahren und Arbeitstraining in WfB	7 114	6 697	30,8	30,0
Berufsfindung	1 297	1 225	5,6	5,5
Arbeitserprobung	1 262	1 231	5,5	5,5
blindentechnische und vergleichbare Grundausbildung	59	36	0,3	0,2
insgesamt	23 058	22 293	100,0	100,0

Von den genannten Maßnahmen haben Berufsfindung und Arbeitserprobung einen Sonderstatus, da sie dem Verwaltungsverfahren zuzuordnen sind.

Eintritte in berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen der Berufsberatung in den neuen Bundesländern 1992:

Maßnahmeart	Eintritte	in v. H.
Grundausbildungslehrgang .	50	0,6
Förderungslehrgang	5 334	73,1
Informations- und Motivationslehrgang	4	0,1
Eingangsverfahren und Arbeitstraining in WfB	1 787	24,5
Berufsfindung	36	0,5
Arbeitserprobung	74	1,0
blindentechnische und vergleichbare Grundausbildung	12	0,2
insgesamt	7 297	100,0

5.10

Soweit im Einzelfall nicht weiterführende Bildungsgänge in Betracht kommen, wird vorrangig für jeden jungen Behinderten eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach § 25 **Berufsbildungsgesetz** oder § 25 **Handwerksordnung** angestrebt, wenn nötig unter Einsatz der im Einzelfall erforderlichen ausbildungsbegleitenden Hilfen; dabei sollen Behinderte nach Möglichkeit wie Nichtbehinderte in Betrieben und Verwaltungen ausgebildet werden. Derartige Ausbildungen bieten nach vorliegenden Erfahrungen die besten Chancen für eine dauerhafte berufliche Eingliederung. Sie setzen allerdings voraus, daß nicht nur die Betriebe und Verwaltungen, sondern auch die Berufsschulen bereit und in der Lage sind, während der praktischen und theoretischen Unterweisung auf die spezifischen Bedürfnisse der behinderten Auszubildenden einzugehen. Daß eine duale Berufsausbildung Behinderter in vielen Fällen durchaus möglich ist, belegt die Tatsache, daß annähernd die Hälfte der von der Bundesanstalt für Arbeit geförderten Behinderten, und zwar bundesweit 21 291 von insgesamt 45 530, am Jahresende 1992 in einer betrieblichen Ausbildung einschließlich überbetrieblicher Abschnitte standen. Hinzuzurechnen sind noch die behinderten Jugendlichen, die ohne eine Förderung seitens der beruflichen Rehabilitation eine berufliche Ausbildung aufgenommen haben; über diese Personengruppe liegen allerdings keine Zahlen vor.

Gleichwohl könnte der Anteil betrieblich ausgebildeter behinderter Jugendlicher noch größer sein, wenn die Berufsschulen in der Lage wären, mit Stütz- und Förderkursen sowie sozialpädagogischer Begleitung während des Unterrichts den besonderen Förderbedürfnissen dieser Jugendlichen gerecht zu werden.

Sonderberufsschulen sind bundesweit eher die Ausnahme; nicht selten besuchen Lernbehinderte die gleichen Klassen wie nichtbehinderte Schüler mit zum Teil höheren Bildungsabschlüssen, ohne daß die dringend erforderliche sonderpädagogische Zusatzförderung gewährleistet ist. Hierzu hat die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder im Oktober 1982 eine „Empfehlung zu Maßnahmen beruflicher Schulen für Jugendliche, die aufgrund ihrer Lernbeeinträchtigung zum Erwerb einer Berufsausbildung besonderer Hilfen bedürfen“ beschlossen. Die Länder haben allerdings bedarfsgerechte Betreuungs- und Förderstrukturen für Behinderte im Berufsschulbereich entsprechend diesen Empfehlungen mehrheitlich noch nicht aufgebaut.

Auch während des praktischen Teils der Ausbildung stehen nicht in jedem Bedarfsfall die individuell benötigten ausbildungsbegleitenden sozialpädagogischen und psychosozialen Hilfen zur Verfügung; dabei sind Defizite vor allem bei den Möglichkeiten zur Krisenintervention zu verzeichnen, obwohl das geltende Arbeitsförderungsrecht aus der Sicht der Bundesregierung bereits heute genügend Gestaltungsspielraum bietet. Es ist daher zu begrüßen, daß im November 1993 auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation der geltende Leistungsrahmen für eine bedarfsgerechte psychosoziale Betreuung während und nach der Berufsausbildung auch außerhalb von Rehabilitationseinrichtungen für alle behinderten Jugendlichen klargestellt wurde, die solche Betreuung zu ihrer beruflichen Eingliederung benötigen; denn hierzu reichen die oft praktizierten Fördermöglichkeiten im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen nicht aus.

5.11

Auch bei voller Nutzung und Ausschöpfung ambulanter Förder- und Betreuungspotentiale können nicht alle behinderten Jugendlichen betrieblich ausgebildet werden. Deshalb wird die Notwendigkeit fortbestehen, für Behinderte, die während ihrer Ausbildung besonderer medizinischer und therapeutischer Hilfen bedürfen, überbetriebliche Bildungskapazitäten mit entsprechenden begleitenden Fachdiensten vorzuhalten. Auf überbetriebliche Bildungsangebote angewiesen sind vor allem Mehrfachbehinderte sowie psychisch und umfänglich Lernbehinderte mit der Folge, daß die Bildungsmaßnahmen besonderen Anforderungen genügen müssen. Vor allem **Berufsbildungswerke** oder vergleichbare Rehabilitationseinrichtungen sind in der Lage, diesen besonderen Anforderungen gerecht zu werden; sie sind deshalb auch weiterhin unverzichtbarer Bestandteil der beruflichen Rehabilitation. Gleiches gilt für die **Berufsförderungswerke**, die auf dem Sektor der beruflichen Fortbildung und Umschulung erwachsener Behinderter tätig sind und ebenfalls spezifische bildungsbegleitende Dienste vorhalten.

In den neuen Bundesländern muß die Bereitschaft von Betrieben und Verwaltungen, behinderte Jugendliche auszubilden, erst geweckt und weiter gefördert werden. Auch deshalb hat die Bundesregierung zusammen mit den Ländern und Trägern der

beruflichen Rehabilitation beschlossen, möglichst rasch den Aufbau von acht Berufsbildungswerken und sieben Berufsförderungswerken als flächendeckendes und tragfähiges Angebot an überbetrieblichen Ausbildungsmöglichkeiten für Rehabilitanden zu fördern und in Betrieb nehmen zu lassen.

Allerdings ist der Ausbau der Einrichtungen noch nicht abgeschlossen, so daß die Ausbildung in den Einrichtungen zum Teil noch in Provisorien durchgeführt werden muß; die Qualität der Bildungsmaßnahmen wird hierdurch nicht in Frage gestellt.

Berufsbildungswerke in den neuen Bundesländern:

Standorte der Berufsbildungswerke	Zielgruppen	Bildungsplätze	
		Belegungsstand 1993	Endausbau
Greifswald	Lern- und Körperbehinderte	234	300
Potsdam	Körper- und Lernbehinderte	306	310
Stendal	Lernbehinderte	193	280
Hettstedt	Lernbehinderte	90	272
Gera	Körper-, Lern- und psychisch Behinderte.....	148	291
Dresden	Körper- und Lernbehinderte	277	384
Chemnitz	Blinde und Sehbehinderte	168	180
Leipzig	Hör- und Sprachbehinderte	278	286
		1 694	2 303

Berufsförderungswerke in den neuen Bundesländern:

Standorte der Berufsförderungswerke	Zielgruppen: Umschulungsbedürftige behinderte ...	Bildungsplätze	
		Belegungsstand 1993	Endausbau
Stralsund	Erwachsene mit unterschiedlichen Behinderungsformen	215	464
Mühlenbeck	Erwachsene mit unterschiedlichen Behinderungsformen	148	496
Staßfurt	Erwachsene mit unterschiedlichen Behinderungsformen	384	475
Leipzig	Erwachsene mit unterschiedlichen Behinderungsformen	364	470
Dresden	Erwachsene mit unterschiedlichen Behinderungsformen	353	465
Seelingstädt	Erwachsene mit unterschiedlichen Behinderungsformen	500	500
Halle	blinde und sehbehinderte Erwachsene.....	96	130
		2 060	3 000

Nach anfänglichen Problemen werden die Angebote der Einrichtungen inzwischen von den Rehabilitanden voll angenommen. Einige Einrichtungen müssen deshalb zügiger aufgebaut werden, als dies ursprünglich geplant war. Es wird davon ausgegangen, daß der Aufbau der genannten Rehabilitationseinrichtungen insgesamt in einigen Jahren abgeschlos-

sen sein wird und die ostdeutschen Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke dann auch in Qualität und Angebotsdichte den Einrichtungen in den alten Bundesländern entsprechen. Je Einrichtung werden etwa 100 bis 150 qualifizierte Dauerarbeitsplätze für Lehr- und Betreuungspersonal geschaffen. Das vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung,

den Ländern und den Rehabilitationsträgern aufzubringende Gesamtinvestitionsvolumen wird z. Zt. auf 1,8 Mrd DM geschätzt.

Bezüglich der alten Bundesländer geht die Bundesregierung davon aus, daß die dort bestehenden 21 Berufsförderungswerke mit rund 12 000 Plätzen und 38 Berufsbildungswerke mit rund 10 000 Plätzen auch künftig in der Lage sein werden, den Ausbildungs-, Fortbildungs- und Umschulungsbedarf besonders betroffener Behinderter zu decken. Weiterer Investitionsbedarf wird hier jedoch insoweit gesehen, als die Einrichtungen mehr noch als bisher in die Lage versetzt werden müssen, sich in der Ausbildung dem technischen Fortschritt anzupassen und sich für weitere Personengruppen wie z. B. psychisch Behinderte zu öffnen. Besondere Aufmerksamkeit sollte auch den spezifischen Bedürfnissen alleinerziehender Rehabilitanden mit Kindern gewidmet werden; ferner besteht in den älteren Einrichtungen Modernisierungsbedarf in den Internatsbereichen.

5.12

Die finanziellen **Aufwendungen** für Aufbau, Modernisierung und insbesondere den laufenden Betrieb sind beträchtlich. Allein die Bundesanstalt für Arbeit brachte 1992 für berufsfördernde Bildungsmaßnahmen in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken über 1 Mrd DM auf; auch die Rentenversicherung beteiligt sich in wieder wachsendem Umfang an der beruflichen Rehabilitation.

Diese Aufwendungen sind nur bei entsprechenden Erfolgen und Ergebnissen vertretbar. Beide Einrichtungsformen erfüllen unter zunehmend schwierigeren Bedingungen die unverzichtbare Aufgabe, denjenigen Behinderten den Weg ins Arbeitsleben zu ermöglichen, die diesen Weg unter den Gegebenheiten unseres Ausbildungssystems sonst nicht gehen könnten, und leisten hierbei erfolgreiche Arbeit. Nach regelmäßigen Erhebungen stehen durchschnittlich über 80 v. H., nach letzten Erhebungen sogar über 85 v. H. der Absolventen binnen Jahresfrist in einem Beschäftigungsverhältnis; ohne die Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke hätten diese Behinderten keine qualifizierte berufliche Bildung und damit nur geringe Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Berufliche Rehabilitation „rechnet“ sich deshalb auch bei rein ökonomischer Betrachtungsweise, wenn man berücksichtigt, daß die Rehabilitanden nach der Eingliederung Beiträge zur Sozialversicherung zahlen, statt Sozialleistungen zu beziehen; die Bundesregierung hat daher den Aufbau derartiger Rehabilitationsangebote in den neuen Bundesländern mit großem Nachdruck vorangetrieben und berät auch die in ähnlichen Umstrukturierungsprozessen befindlichen Staaten Mittel- und Osteuropas in gleicher Weise.

Die guten Vermittlungsergebnisse beruhen zum einen auf dem hohen Ausbildungsniveau der Rehabilitanden nach Verlassen der Einrichtungen, zum anderen aber auch auf den Bemühungen der Rehabilitationseinrichtungen, guten Kontakt zur Wirtschaft in der Region zu halten. Nahezu allen Rehabilitanden

kann im Verlauf ihrer Ausbildung oder Umschulung ein betriebliches Praktikum ermöglicht werden, das in nicht wenigen Fällen nach dem erfolgreichen Abschluß der Bildungsmaßnahme in eine dauerhafte Beschäftigung einmündet. Noch nicht voll ausgeschöpft sind dagegen Möglichkeiten, Betreuungsstrukturen der Rehabilitationseinrichtungen bei Bedarf auch nach dem Ende der Bildungsmaßnahme zur Unterstützung der Bemühungen zur Eingliederung Behinderter ins Arbeitsleben insbesondere mit dem Ziel zu nutzen, den Erfolg der Rehabilitation in Krisensituationen abzusichern. Die Bundesregierung strebt an, umstrittene Fragen der Rechtsstellung der Rehabilitanden in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation bald gesetzlich klarzustellen.

5.13

Um behinderungsbedingte Benachteiligungen auszugleichen, können Behinderten während der Ausbildung und bei der Zwischen- oder Abschlußprüfung besondere **Erleichterungen und Lernhilfen** eingeräumt werden. Grundlage hierfür bildet eine vom Hauptausschuß beim Bundesinstitut für Berufsbildung im Mai 1985/April 1989 beschlossene Empfehlung über die Berücksichtigung besonderer Belange Behinderter bei Zwischen-, Abschluß- und Gesellenprüfungen, wobei wesentlich ist, daß hierdurch die Prüfungsanforderungen qualitativ nicht verändert werden dürfen. Eine Chance zu einer neigungs- und fähigkeitsgerechten Ausbildung sollte das duale System jedoch auch den Behinderten bieten, die infolge Art oder Schwere ihrer Behinderung auch bei bestmöglicher Förderung und bei Nutzung aller Gestaltungsmöglichkeiten des Berufsbildungsrechts während Ausbildung und Prüfung nicht in der Lage sind, einen Abschluß nach § 25 Berufsbildungsgesetz oder § 25 Handwerksordnung zu erreichen.

Wenn im Einzelfall feststeht, daß — auch unter Einsatz ausbildungsvorbereitender und ausbildungs begleitender Maßnahmen und Hilfen — wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht erfolgreich in einem anerkannten Ausbildungsberuf ausgebildet werden kann, eine berufliche Bildung grundsätzlich aber möglich ist, kommt eine Ausbildung mit materiellen Abweichungen von der jeweiligen Ausbildungsordnung oder eine Ausbildung in anderen als den anerkannten Ausbildungsberufen, also in besonderen Ausbildungsgängen für Behinderte in Betracht. Diese Ausbildungsmöglichkeiten erlangen Bedeutung insbesondere auch dadurch, daß durch die Neuordnung von Ausbildungsberufen mit zum Teil anspruchsvolleren Anforderungsprofilen und im Falle der Elektroberufe durch den Fortfall von Stufenausbildungsgängen für weniger leistungsfähige Behinderte die Gefahr wächst, beruflich ausgegrenzt zu werden.

Eine derartige Entwicklung liegt weder im Interesse der Behinderten noch im wohlverstandenen Interesse der Wirtschaft; für Behinderte muß es weiterhin Möglichkeiten des Zugangs zu allen wichtigen Berufsfeldern geben, auch wenn das allseits bevorzugte Ziel eines erfolgreichen Bildungsabschlusses nicht in allen Teilen zu erreichen ist. Hierzu bietet das gelten-

de Berufsbildungsrecht, wie bereits ausgeführt, hinreichend Raum; es gilt, die bestehenden Möglichkeiten offensiv zu nutzen, soweit Art oder Schwere der Behinderung dies erfordern.

Die Regelung besonderer Ausbildungsgänge für behinderte Jugendliche wird nach §§ 44, 48 Berufsbildungsgesetz und §§ 41, 42 b Handwerksordnung von den zuständigen Stellen (in der Regel den Kammern) vorgenommen. Um diese Regelungen möglichst einheitlich und bundesweit vergleichbar zu gestalten, hat der Hauptausschuß des Bundesinstituts für Berufsbildung 1978 eine Empfehlung für Ausbildungsregelungen für behinderte Jugendliche als Rahmenrichtlinie für die Gestaltung der Kammerregelungen verabschiedet. Auf der Grundlage dieser Rahmenrichtlinie wurden Musterausbildungsregelungen für die Bereiche Metall, Büro, Holz und Farbe erarbeitet und den zuständigen Stellen als Grundlage für ihre Regelungen an die Hand gegeben. Die zuständigen Stellen haben von ihrer Regelungsbefugnis in sehr unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht, wobei zum Teil auch materielle Abweichungen von den Empfehlungen des Hauptausschusses festzustellen sind. Aus der Sicht der Bundesregierung wäre wünschenswert, die Musterausbildungsregelungen des Hauptausschusses im Interesse der Betroffenen einheitlich anzuwenden und abweichende Kammerregelungen anzugleichen. Insgesamt ist festzustellen, daß die Zahl getroffener Kammerregelungen stetig zunimmt; bestanden 1981 264 Regelungen für 91 Berufe, so gab es 1992 629 Regelungen für 134 Berufe. Mit Unterstützung durch die Bundesanstalt für Arbeit wurden 1992 (Stand Ende Dezember) 12 956 Behinderte in Ausbildungsgängen nach § 48 Berufsbildungsgesetz oder § 42 b Handwerksordnung ausgebildet; zum gleichen Zeitpunkt befanden sich 32 574 Behinderte in geförderten Ausbildungsverhältnissen nach § 25 Berufsbildungsgesetz oder § 25 Handwerksordnung.

5.14

Eine **Verringerung des Ausbildungsniveaus** kann nur in Betracht kommen, wenn ein Ausbildungsberuf wegen Art oder Schwere der Behinderung im Einzelfall auch unter Einsatz des gesamten Förderpotentials der beruflichen Rehabilitation nicht zu erreichen ist. Hierunter sind alle Hilfen zu verstehen, die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit des Behinderten und von Behinderung Bedrohten entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihn hierdurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.

Die Hilfe, auf die bei allen Trägern mit Ausnahme der Rentenversicherung ein Rechtsanspruch besteht, hat den individuellen Bedürfnissen des Einzelfalls Rechnung zu tragen und reicht von finanziellen Eingliederungshilfen an Arbeitgeber, die Behinderte beschäf-

tigen, bis hin zur Übernahme der Kosten für die Ausbildung oder Umschulung Behinderter in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken einschließlich der Sicherstellung des Lebensunterhalts der Behinderten und ihrer Familien während der Bildungsmaßnahmen.

Für 1990 gibt die „Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen“ des Statistischen Bundesamtes folgende Gesamtübersicht über die Aktivitäten der Leistungsträger:

Leistungsträger	Maßnahmen	
	Anzahl	v. H.
Bundesanstalt für Arbeit	270 372	80,0
Rentenversicherung	47 201	14,0
Unfallversicherung	18 888	5,6
Soziales Entschädigungsrecht (Kriegsopferfürsorge) ..	485	0,1
Sozialhilfe (ohne Werkstätten für Behinderte)	852	0,3
insgesamt	337 798	100,0

Davon entfallen auf:

Art der Maßnahme	Anzahl	v. H.
Hilfe zum Erlangen oder Erhalten eines Arbeitsplatzes ..	207 457	61,4
Berufsfindung und Arbeitserprobung	14 394	4,3
Berufsvorbereitung	20 839	6,2
Ausbildung	22 097	6,5
Umschulung	34 148	10,1
Fortbildung	9 415	2,8
Maßnahmen in Werkstätten für Behinderte	12 985	3,8
sonstige Maßnahmen	16 463	4,9
insgesamt	337 798	100,0

5.15

Die **Arten der Behinderungen** der Rehabilitanden im längerfristigen Jahresvergleich für den Bereich der Bundesanstalt für Arbeit zeigt die nachstehende Zeitreihe:

Art der Behinderung (Auswahl)	Zugänge von Rehabilitanten								Veränderung der v.H.-Anteile 1984 bis 1992 (einschl. NBL)
	1984		1986		1988		1992 (einschl. neue Bundesländer)		
	abs.	v. H.	abs.	v. H.	abs.	v. H.	abs.	v. H.	
Lernbehinderung ..	31 634	22,1	29 598	17,5	24 709	14,2	36 104	14,8	- 7,3
Psychosen.	2 974	2,1	3 824	2,3	4 595	2,6	6 628	2,7	+ 0,6
Neurosen.	7 016	4,9	7 978	4,7	7 203	4,1	9 521	3,9	- 1,0
geistige Behinderung.	6 223	4,3	6 913	4,1	7 318	4,2	12 246	5,0	+ 0,7
Herzkrankheiten ..	4 529	3,2	5 195	3,1	4 589	2,6	5 207	2,1	- 1,1
Kreislauf.	2 394	1,7	2 194	1,3	2 111	1,2	2 343	1,0	- 0,7
Atmungsorgane ...	3 572	2,5	4 727	2,8	5 601	3,2	7 459	3,1	+ 0,6
Hautkrankheiten ..	6 063	4,2	8 568	5,1	10 253	5,9	12 207	5,0	+ 0,8
Krankheiten des Skeletts.	45 201	31,6	64 027	37,9	74 616	42,9	109 171	44,7	+ 13,1
Schädelfraktur	4 206	2,9	3 829	2,3	3 412	2,0	4 545	1,9	- 1,0

5.16

Die dominierende Stellung der — rechtlich nur subsidiär zuständigen — **Bundesanstalt für Arbeit** im Bereich der beruflichen Rehabilitation ergibt sich aus der jeweils eng umrissenen Aufgabenstellung der anderen Leistungsträger; die Entschädigungssysteme der Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung/-fürsorge können nur aufgrund der für sie entschädigungspflichtigen Vorgänge leisten, während die Rentenversicherung besondere versicherungsrechtliche Anforderungen an die Maßnahmen stellen muß. Bis 1978 galten in der Rentenversicherung für medizinische und berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation noch die gleichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen; mit Wirkung ab Juli 1978 wurden sie für den beruflichen Bereich in erheblicher Weise verschärft mit der Folge erheblich eingeschränkter Aufgaben der Rentenversicherung. Bis zum Ende des Jahres 1992 war die Bundesanstalt

für Arbeit bei Erwachsenen in rund 70 v. H. der Fälle, im Bereich der beruflichen Eingliederung behinderter Jugendlicher sogar in nahezu allen Fällen zuständiger Rehabilitationsträger. Die von der Bundesanstalt für Arbeit in 1993 für berufsfördernde Maßnahmen zur Rehabilitation aufzubringenden Gesamtkosten beliefen sich auf rund 4,7 Mrd DM.

Im Rahmen der 10. Novelle zum Arbeitsförderungsgesetz sind den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung mit Wirkung ab 1993 Aufgabenbereiche der beruflichen Rehabilitation rückübertragen worden, indem die 1978 verschärften versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erheblich gelockert wurden. Wie sich diese Zuständigkeitsverlagerungen zahlenmäßig auswirken werden, läßt sich zur Zeit noch nicht feststellen.

Die Ausgaben der Bundesanstalt für Arbeit für berufliche Rehabilitation entwickelten sich wie folgt (in Mio DM):

Haushaltsjahr	individuelle Förderung					institutionelle Förderung	insgesamt
	Übergangsgeld	Ausbildungsgeld	berufsförd. Bildungsmaßnahmen	sonstige berufsfördernde Maßnahmen	zusammen		
1983.....	464,1	80,5	1 206,2	75,3	1 826,0	58,3	1 884,3
1984.....	407,2	88,7	1 243,7	81,4	1 821,1	64,8	1 885,8
1985.....	381,6	104,7	1 277,2	96,6	1 860,1	39,7	1 899,8
1986.....	459,1	119,9	1 363,9	126,9	2 069,9	60,4	2 130,3
1987.....	579,9	135,3	1 522,1	158,8	2 396,0	54,8	2 450,9
1988.....	727,0	140,3	1 714,6	175,0	2 757,0	64,1	2 821,1
1989.....	909,9	142,0	1 693,2	147,6	2 892,7	48,4	2 941,1
1990.....	1 075,7	140,4	1 821,6	130,0	3 167,7	30,4	3 198,1
1991.....	1 254,4	145,2	2 055,7	154,4	3 609,7	94,5	3 704,1
1992.....	1 507,4	161,4	2 438,2	173,1	4 280,1	80,1	4 360,2

Danach liegt bei der Bundesanstalt für Arbeit der Schwerpunkt im Bereich der berufsfördernden Bildungsmaßnahmen, bei denen wiederum Ausbildungs- und Umschulungsmaßnahmen im Vordergrund stehen.

Für die letzten Jahre ergibt sich bei den Eintritten von Rehabilitanden in berufsfördernde Bildungsmaßnahmen folgendes Bild:

Art der Ausbildungsmaßnahme	Eintritte in Maßnahmen				
	1988	1989	1990	1991	1992
anerkannte Ausbildung	15 057	14 049	13 309	14 660	15 376
Ausbildung nach § 48 BBiG/§ 42b HwO	4 064	4 274	3 891	5 460	6 960
Fortbildungsmaßnahme	7 021	8 496	9 881	12 159	15 216
Umschulungsmaßnahme.....	19 125	21 359	22 410	24 930	28 345
Fernunterrichtsmaßnahme.....	184	191	196	222	213
Berufsfindung	6 830	5 877	5 825	6 365	7 565
Arbeitserprobung	5 169	4 742	4 876	5 331	5 881
Grundausbildungslehrgang	1 169	977	955	947	958
Förderungslehrgang	11 637	12 569	12 940	15 997	20 629
Informations- und Motivationslehrgang	350	409	67	188	269
Maßnahme nach RdErl 48/83.....	1 512	837	713	814	1 161
blindentechnische und vergleichbare Grundausbildung	144	135	171	202	172
Eingangsverfahren und Arbeitstraining in Werkstätten für Behinderte.....	10 343	10 708	10 155	12 658	13 276
Vorbereitung für Umschulung	7 887	9 155	10 103	12 445	14 401
insgesamt	90 492	93 778	95 492	112 378	130 422

Die Angaben für 1991 und 1992 beziehen sich jeweils auf das gesamte Bundesgebiet. Von den Neueintritten entfielen 1991 10 553 und 1992 22 400 auf die neuen Bundesländer.

Art der Durchführung	Eintritte in Maßnahmen				
	1988	1989	1990	1991	1992 *)
betrieblich einschl. überbetrieblicher Abschnitte	16 857	16 059	15 385	15 152	15 616
Berufsbildungswerk	8 902	8 683	8 154	8 328	10 001
Berufsförderungswerk	21 126	19 928	20 250	21 026	24 529
Einrichtung der med.-berufl. Rehabilitation	593	559	554	744	884
Werkstatt für Behinderte	10 343	10 708	10 155	10 218	13 276
sonstige Rehabilitationseinrichtungen .	4 967	5 309	5 569	5 587	9 341
sonstige überbetriebliche Einrichtungen	26 777	31 359	34 249	39 370	55 147
Fernlehrgang	927	1 173	1 176	1 400	1 628
insgesamt	90 492	93 778	95 492	101 825	130 422

*) (einschließlich der neuen Bundesländer)

Im Rahmen der 10. Novelle zum Arbeitsförderungsgesetz wurde mit Wirkung ab 1993 der Auftrag der beruflichen Rehabilitation im Bereich der Bundesanstalt für Arbeit präzisiert. Danach erhalten in der Regel nur noch diejenigen Behinderten besondere Förderleistungen, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung auf besondere behindertenspezifische Hilfen angewiesen sind. Alle anderen werden künftig vorrangig wie Nichtbehinderte auf die allgemeinen Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz verwiesen. Die Auswirkungen bleiben abzuwarten.

5.17

Berufsfördernde Leistungen der gesetzlichen **Rentenversicherung** können Versicherte beanspruchen, die

- eine Wartezeit von fünfzehn Jahren — insbesondere durch Beitragszeiten — erfüllt haben oder
- eine Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit (Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit) beziehen oder

— ohne diese berufsfördernden Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten müßten oder diese Leistungen für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation im Anschluß an medizinische Leistungen der Rentenversicherungsträger benötigen und

im übrigen die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

Jahr	Anzahl der abgeschlossenen berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation		
	insgesamt	Männer	Frauen
1987	31 880	27 270	4 610
1988	40 935	34 247	6 688
1989	43 742	36 048	7 694
1990	44 068	36 067	8 001
1991	46 839	37 183	9 656
1992	53 095	40 259	12 826

Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Berufsförderung 1987 bis 1992:

Jahr	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Mio. DM	310,0	326,2	347,9	370,1	462,0	576,8

Einzeleinstellungen Berufsförderung	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Berufsfindung/Arbeitserprobung . .	1 996	2 137	1 858	1 711	1 833	393
Vorförderung	2 055	2 095	2 292	2 420	2 530	3 017
Berufliche Anpassung	176	270	408	528	806	1 050
Berufliche Fortbildung	319	412	473	496	553	561
Berufliche Ausbildung	352	357	449	476	592	619
Berufliche Umschulung	2 857	2 986	3 372	3 500	3 751	4 110
Maßnahmen in WfB	544	632	865	839	3 513	7 730
Umsetzung/Vermittlung	14 684	23 650	25 649	26 177	24 920	25 757
Kfz-Hilfen	3 668	3 432	3 201	2 767	3 396	4 130
Sonstige Leistungen	5 229	4 964	5 175	5 164	4 945	5 728
insgesamt	31 880	40 935	43 742	44 068	46 839	53 095

Der Schwerpunkt der Berufsförderung in der Rentenversicherung liegt also nicht bei den Bildungsmaßnahmen, sondern bei Umsetzung und Vermittlung auf einen anderen Arbeitsplatz. Dies ist insoweit erklärlich, als die Rentenversicherung vornehmlich für ältere Behinderte zuständig ist, die bereits beruflich eingegliedert sind oder waren und vielfach die Chance erhalten, mit Unterstützung des zuständigen Rentenversicherungsträgers einen für sie entsprechend ihrer Qualifikation geeigneten neuen Arbeitsplatz bei ihrem bisherigen oder einem anderen Arbeitgeber zu erhalten.

Für den überproportionalen Anstieg der Maßnahmen in Werkstätten für Behinderte in 1991 und 1992 war die besondere Situation in den neuen Bundesländern ursächlich. Dort mußte die gesetzliche Rentenversicherung Verantwortung für die berufliche Eingliederung auch der Schwerbehinderten übernehmen, die nach DDR-Recht allein wegen ihrer Behinderung ohne die ansonsten erforderlichen Beitragszeiten Invalidenrenten bezogen haben und diese aus Gründen der Besitzstandswahrung auch weiterhin erhalten.

Bei den berufsfördernden Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung in den neuen Bundesländern ist ein deutlich anwachsender Trend festzustellen; wurden 1991 erst 7 218 bewilligte Anträge auf berufsfördernde Leistungen verzeichnet, so waren es in 1992 bereits 10 448, wobei in den nächsten Jahren weitere Steigerungen erwartet werden.

5.18

Bei durchschnittlich 63 v. H. der Zugänge des Jahres 1991 in den alten Bundesländern wurden vor **Frührenten** in den letzten Jahren weder medizinische noch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt. Die v. H.-Sätze schwanken je nach Versicherungsbranche; auch innerhalb der Zweige ist das Bild nicht einheitlich.

Zugang Frührenten 1991 und vorangegangene Rehabilitation			
Zweig	Zugang	davon ohne Rehabilitation	
		absolut	v. H.
Arbeiterrentenversicherung	126 963	76 543	60,3
Angestelltenversicherung	48 226	33 889	70,3
Knappschaftliche Rentenversicherung	9 817	6 830	69,6
insgesamt	185 006	117 262	63,4

Den 185 006 Rentenzugängen (Männer: 126 470, Frauen: 58 536) standen 710 berufsfördernde Maßnahmen (Männer: 551, Frauen: 159) gegenüber. Es bleibt abzuwarten, wie sich auswirken wird, daß im Zuge der Reform der gesetzlichen Rentenversicherung der Vorrang der Rehabilitation vor Rentenleistungen ausdrücklich im Sechsten Buch Sozialgesetzbuch verankert wurde. Die Bundesregierung erwartet einen spürbaren Anstieg der Rehabilitationsverfahren, ohne zu verkennen, daß je nach Schwere oder Stadium der Erkrankung Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit unvermeidlich sind. Ziel muß aber sein, die Zahl der Frühverrentungen im Rahmen des medizinisch Vertretbaren zu senken.

Ob berufliche Rehabilitation in der Rentenversicherung eine Stärkung erfährt, wird nicht zuletzt auch davon abhängen, wie „präsent“ sie sich „vor Ort“ zeigt; die Bundesregierung begrüßt deshalb nachdrücklich die Absicht der Rentenversicherung, ihre Rehabilitationsberatungsdienste zu verstärken, um eine bessere individuelle Betreuung und Beratung sowohl der Versicherten als auch der Arbeitgeber zu gewährleisten.

5.19

Eine **nahtlose Rehabilitation** von Versicherten der Rentenversicherung wurde in der Vergangenheit in einer Reihe von Fällen auch deshalb erschwert, weil die gesetzliche Rentenversicherung zwar für medizinische Maßnahmen zuständig war, die nachfolgende Berufsförderung aber der Bundesanstalt für Arbeit überlassen mußte. Dies wurde mit Wirkung ab Januar 1993 geändert. Nunmehr erbringt die gesetzliche Rentenversicherung berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation auch dann,

- wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
- wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluß an medizinische Maßnahmen der Rentenversicherung erforderlich sind.

5.20

Obwohl der Anteil der gesetzlichen **Unfallversicherung** an der beruflichen Rehabilitation mit rund 6 v.H. relativ gering ist, ist ihre Arbeit auf diesem Sektor für die anderen Leistungsträger richtungweisend, da sie ihre Rehabilitationsziele „mit allen geeigneten Mitteln“ verfolgt und sehr flexibel auf die Bedürfnisse des Einzelfalls eingehen kann. Hierbei kommt der Unfallversicherung natürlich zustatten, daß sie als einzige der großen Leistungsträgergruppen umfassende Rehabilitation unter Einbindung aller Leistungsbereiche betreibt. Vorbildlich ist insbesondere auch der Einsatz der sog. „Berufshelfer“, die den Rehabilitanden und ihren Familien während der gesamten Rehabilitation mit Rat und Tat zur Seite stehen und für eine Verknüpfung der betrieblichen und außerbetrieblichen Hilfen zur beruflichen Eingliederung sorgen.

berufsfördernde Maßnahmen der Unfallversicherung in den alten Bundesländern	1985	1990
Berufsfindung/Arbeitserprobung	261	631
Hilfen zum Erlangen/Erhalten eines Arbeitsplatzes	10 442	12 887
Vorförderung	405	540
berufliche Anpassung	63	110
berufliche Ausbildung	341	263
berufliche Umschulung	1 519	2 243
berufliche Fortbildung	109	171
Maßnahmen in WfB	13	9
Kfz-Hilfen	911	846
sonstige Maßnahmen	1 094	1 499
insgesamt	15 158	19 199

1991 beliefen sich die Aufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherung für Berufshilfe und ergänzende Leistungen in 26 579 Fällen auf insgesamt rund 365 Mio DM; darin sind die Leistungen für Versicherte in den neuen Bundesländern enthalten.

5.21

Auf der Grundlage des **sozialen Entschädigungsrechts** können Kriegs-, Wehrdienst-, Impfschaden- und Gewaltopfer bei Bedarf berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation beanspruchen. Die Gesamtaufwendungen zugunsten von rund 600 Anspruchsberechtigten beliefen sich 1992 auf rund 16 Mio DM; in den letzten Jahren ergab sich dabei keine Veränderung. 14 Mio DM entfielen auf Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung einschließlich Übergangsgeld und Unterhaltsbeihilfe, 2 Mio DM auf Maßnahmen zur Sicherung des Arbeitsplatzes.

5.22

In den wenigen Fällen, in denen keine Leistungspflicht eines anderen Trägers begründet werden kann, treten **Sozial- und Jugendhilfe** als „Ausfallbürge“ ein; häufiger sind allerdings Fälle, in denen die Sozialhilfe den Lebensunterhalt der Rehabilitanden und ihrer Familien während berufsfördernder Maßnahmen sicherstellen muß, weil z. B. kein oder nur zu geringer Anspruch auf Übergangsgeld besteht. Große Bedeutung besitzen die Sozialhilfeleistungen allerdings für den Arbeitsbereich der Werkstätten für Behinderte, auf den im nächsten Kapitel näher eingegangen wird.

5.23

Bundesbeamte besitzen im Bedarfsfalle gegenüber ihrem Dienstherrn eine gesicherte Aussicht auf berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Versorgung“ fand 1989 auch Eingang in das Bundesbeamtengesetz mit dem Ziel, durch Ausschöpfung aller rehabilitativen Möglichkeiten vorzeitige Dienstunfähigkeit zu verhindern. Die Länder sind durch das Beamtenrechtsrahmengesetz ermächtigt, entsprechende Regelungen für ihre Beamten und die der Gemeinden zu treffen.

Die berufliche Rehabilitation von Bundesbeamten soll durch eine allgemeine Verwaltungsvorschrift über Kraftfahrzeughilfe ergänzt werden, so daß für diesen Bereich eine eigenständige beamtenrechtliche Regelung in den Fällen zur Verfügung stünde, in denen Bundesbeamte wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung zum Erreichen ihrer Dienststelle auf ein Kraftfahrzeug angewiesen sind. Sie soll sich weitgehend an die geltende Verordnung über Kraftfahrzeughilfe zur beruflichen Rehabilitation anlehnen.

Wegen angespannter Haushaltslage konnte die Verwaltungsvorschrift bisher nicht in Kraft gesetzt werden. Solange dies der Fall ist, können schwerbehin-

derte Beamte jedoch entsprechende Leistungen der Hauptfürsorgestellen nach der nachrangigen Kraftfahrzeughilfverordnung erhalten.

5.24

Die spezifischen Probleme von **Frauen in der beruflichen Rehabilitation** sind im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung ausführlich untersucht und 1989 in einem Forschungsbericht dargestellt worden. Die Gründe für die Unterrepräsentierung von Frauen bei Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation sind danach vielschichtiger Natur; in nicht wenigen Fällen fällt die familiäre Situation entscheidend ins Gewicht, die nur bedingt durch verbesserte Rahmenbedingungen beeinflussbar ist.

Der Anteil der Frauen in der beruflichen Rehabilitation stellt sich im Jahresvergleich im Bereich der Bundesanstalt für Arbeit wie folgt dar:

Jahr	Eintritte in berufliche Bildungsmaßnahmen	
	insgesamt	Anteil in v. H.
1984	21 749	31,4
1985	23 040	32,1
1986	25 964	32,9
1987	29 176	33,4
1988	30 292	33,5
1989	31 972	34,1
1990	32 847	34,4
1991	34 971	34,3
1992	43 930	33,7

Die Zeitreihe unterstreicht, daß sich die Zahl der Teilnehmerinnen an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation in den Jahren von 1984 bis 1992 zwar mehr als verdoppelt hat, der Frauenanteil aber bei insgesamt gestiegenen Fallzahlen nahezu gleichgeblieben ist.

Verbesserte gesetzliche Rahmenbedingungen wie z. B. ein leichter Zugang zum Übergangsgeld für Berufsrückkehrerinnen bei Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen haben insoweit keine wesentliche Änderung bewirkt; die Auswirkungen der Verdoppelung der Familienheimfahrten bei auswärtiger Unterbringung 1992 müssen allerdings noch abgewartet werden. Das gleiche gilt für neue Regelungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, die in den alten Bundesländern ebenfalls 1992 in Kraft getreten sind und in begründeten Einzelfällen die Mitnahme eines Kindes in die auswärtige Rehabilitationsstätte ermöglichen.

Insgesamt läßt sich aber feststellen, daß die beschriebenen Maßnahmen Leistungsangebote für behinder-

te Frauen sinnvoll bereichern und durchaus geeignet sind, Schwierigkeiten in einer Reihe von Fällen zu mildern. Rehabilitationsleistungen können aber für Rehabilitanden mit Familienpflichten — nach Sachlage vor allem Frauen — den Grundkonflikt nicht beseitigen, in dem die Betroffenen zwischen Familienaufgaben und eigener beruflicher Förderung ihren Weg finden müssen. Dieser Konflikt wird — anders als bei nichtbehinderten Frauen — noch dadurch verstärkt, daß sie in vielen Fällen wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung regionale Bildungsangebote nicht nutzen können und deshalb auf überregionale Angebote in speziellen Rehabilitationseinrichtungen mit Internatsunterbringung zurückgreifen müssen. Die Bundesregierung begrüßt deshalb die Absicht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, ein Konzept für ein Modell zur beruflichen Rehabilitation von Frauen zu entwickeln, welches die Qualitätsstandards überregionaler Rehabilitationseinrichtungen übernimmt und sich gleichzeitig durch Wohnortnähe auszeichnet.

5.25

Bei den Personen, die wegen einer **Lernbehinderung** besondere Hilfen zu ihrer dauerhaften beruflichen Eingliederung benötigen, handelt es sich in der Mehrzahl um Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren, überwiegend Abgänger von Sonderschulen für Lernbehinderte. Sie leiden unter schwerwiegenden, nicht nur vorübergehenden Entwicklungshemmungen im Bereich der Lernfähigkeit in unterschiedlichen Erscheinungsformen. Die Betroffenen haben oft Schwierigkeiten bei der Aufnahme komplexer Sachverhalte, lernen langsamer und benötigen klare, überschaubare Instruktionen. Kognitiven Schwächen stehen jedoch nicht selten gute praktische Fähigkeiten gegenüber, die die Betroffenen in die Lage versetzen, sich dauerhaft in den allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern; dies unterscheidet sie von geistig Behinderten, für die in den meisten Fällen die Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte die übliche Lösung darstellt.

Für viele Lernbehinderte ist eine Berufsausbildung nach allgemeinen Regeln möglich, für andere nur in besonderen Ausbildungsformen und -verfahren. In den alten Bundesländern stehen in Berufsbildungswerken 6 000 Bildungsplätze für Lernbehinderte zur Verfügung, die dort sowohl in staatlich anerkannten Ausbildungsberufen als auch nach Sonderregelungen für Behinderte ausgebildet werden. Besondere Probleme bereitet die Gruppe derer, die z. B. wegen schwerer Teilleistungsschwächen oder hirnganischer Schädigungen auch bei besonderer Förderung unter den derzeitigen Bedingungen nicht in der Lage ist, eine Berufsausbildung im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes oder der Handwerksordnung abzuschließen, auch nicht nach besonderen Regelungen für Behinderte; diese Gruppe wird auf 10 000 Schulabgänger jährlich geschätzt. Unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung wurde gemeinsam mit den an der beruflichen Bildung Lernbehinderter beteiligten Institutionen und Organisationen ein Konzept in Form von „Thesen zur

beruflichen Eingliederung Lernbehinderter“ erarbeitet, das die Grundlage für weitergehende Aktivitäten bilden soll. Konkrete Erfolge konnten bereits erzielt werden, z. B. durch Verbesserungen bei den Förderlehrgängen, durch Klarstellungen im Schwerbehinderten-Anerkennungsverfahren mit dem Ziel eines leichteren Zugangs zu den besonderen Fördermöglichkeiten des Schwerbehindertengesetzes und durch die Einrichtung „regionaler Arbeitsgemeinschaften“ unter Federführung der Bundesanstalt für Arbeit, die konkrete Problemlagen „vor Ort“ angehen und lösen können. Soweit die Probleme durch ausbildungs- und beschäftigungsbegleitende sozialpädagogische und psychosoziale Hilfen lösbar sind, wurde in Bayern eine vorbildliche Lösung gefunden, indem mit dem Ziel einer verbesserten und dauerhaften beruflichen Eingliederung Lernbehinderter fünf zusätzliche Beratungsfachkräfte bei den Berufsbildungswerken für Lernbehinderte und zwei Beratungsfachkräfte für Lernbehinderte, die unmittelbar von der Sonderschule auf den allgemeinen Arbeitsmarkt überwechseln, finanziert werden.

Wichtige Erkenntnisse erwartet die Bundesregierung auch von einem Modellvorhaben, das derzeit in Zusammenarbeit mit dem Berufsbildungswerk Worms durchgeführt wird. Wesentliche Elemente dieses Vorhabens sind:

- Unterstützung leistungsschwacher Auszubildender in Betrieben durch gezielte ausbildungsbegleitende Hilfen,
- Fortbildung betrieblicher Ausbilder mit dem Ziel der Befähigung zum besseren Umgang mit lernbeeinträchtigten Auszubildenden,
- gezielte Starthilfe und Nachbetreuung für im Berufsbildungswerk ausgebildete Behinderte beim und nach dem Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft wurden im Rahmen eines Forschungsprojekts Konzeptionen zur beruflichen Qualifizierung schwer lernbehinderter Jugendlicher in den Berufsfeldern Metalltechnik, Ernährung und Hauswirtschaft/Gesundheit entwickelt, die in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Bayern erprobt werden. Die Erprobung wird mit Unterstützung des Bundesinstituts für Berufsbildung wissenschaftlich begleitet. Die hierbei angestrebte Qualifizierung im „Baukastensystem“ zeichnet sich durch eine Flexibilisierung der beruflichen Bildung aus, die im Bereich der Förderlehrgänge der Bundesanstalt für Arbeit — und damit außerhalb des klassischen Berufsbildungssystems — einsetzt und durch bessere Verzahnungen und Übergänge neue Wege zu einer Berufsausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz und der Handwerksordnung eröffnet.

5.26

Psychisch Behinderte besitzen die gleichen Rechtsansprüche wie körperlich oder geistig Behinderte auf die zu ihrer dauerhaften Eingliederung erforderli-

chen Hilfen und Leistungen. Es liegt deshalb kaum an den rechtlichen Rahmenbedingungen, wenn die berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter noch nicht mit gleicher Selbstverständlichkeit wie z. B. bei Körperbehinderten erfolgt. Vielmehr erschweren die besonderen, individuellen Ausprägungen dieser Behinderungsform eine zielgerichtete Rehabilitation in besonderer Weise. Oft ist hier bei Beginn der beruflichen Rehabilitation keine sichere Erfolgsprognose möglich; dann müssen Rehabilitationsperspektiven erst im Rahmen einer spezifischen Berufsvorbereitung entwickelt werden, die den Weg aus der klinischen Betreuung in die berufliche und soziale Wirklichkeit finden hilft. Dabei kommt der Kooperation zwischen den beteiligten Einrichtungen und Stellen besondere Bedeutung zu, um bereits an anderer Stelle gewonnene Erkenntnisse und Erfahrungen nutzen zu können. Sinnvoll ist auch, engen Kontakt zur Familie oder sonstigen „Bezugspersonen“ der Rehabilitanden zu suchen; oft ist neben unrealistischen Vorstellungen der Behinderten auch Wunschenken der Eltern Teil der Erkrankungsdynamik und muß im Rahmen der Berufswahlentscheidung mit aufgearbeitet werden.

Inhalte **berufsvorbereitender Maßnahmen für psychisch Behinderte** sollten sein:

- Stärkung der körperlichen, psychischen und sozialen Stabilität,
- Förderung der Motivation,
- Herstellung der notwendigen Realitätssicht,
- Vorbereitung und Durchführung einer realistischen Berufswahlentscheidung,
- Kennenlernen und Verarbeitung der Behinderung in der beruflichen Realität.

5.27

Das berufliche Trainingszentrum Rhein-Neckar in Wiesloch führt derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung eine Modellmaßnahme zur Optimierung derartiger Maßnahmen durch. Auch die „Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)“ sollen einen wichtigen Beitrag zu einer adäquaten wohnortnahen Berufsvorbereitung leisten; sie bieten nach ihrer Konzeption eine Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Vorförderung.

Im übrigen ist es oft notwendig, psychisch Behinderte auf einer unter ihren kognitiven Fähigkeiten liegenden Ebene zu stabilisieren, um das Risiko des Scheiterns durch überzogene Anforderungen insbesondere in der Anfangsphase der beruflichen Rehabilitation zu mindern; hierauf läßt sich dann später weitere berufliche Förderung aufbauen. Ob die Rehabilitanden in der Lage sind, eine betriebliche Ausbildung durchzustehen, läßt sich nur unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des Einzelfalls beantworten; vielfach wird es im Interesse der Betroffenen liegen, die Bildungsmaßnahmen in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken zu absolvieren, die über die erforderlichen begleitenden medizini-

schen und therapeutischen Dienste verfügen. Die Bundesregierung erwartet, daß sich in der Zukunft noch mehr Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke für psychisch Behinderte öffnen; das setzt die Bereitschaft der Leistungsträger voraus, Aufwendungen zur Herstellung geeigneter Rahmenbedingungen zu übernehmen. Das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft und das Bundesinstitut für Berufsbildung unterstützen seit 1992 den Modellversuch „Berufliche Förderung psychisch Behinderter im Berufsförderungswerk Frankfurt/Main“; erste Zwischenergebnisse des Modellversuchs werden im Herbst 1994 vorliegen.

Neben dem trotz aller Bemühungen noch unzureichenden Angebot an spezifischen, wohnortnahen Bildungsangeboten sieht die Bundesregierung nach wie vor Probleme darin, daß **psychosoziale Begleitung und Betreuung** beim Übergang vom Bildungsin in das Beschäftigungssystem und während der Berufstätigkeit zur Sicherung der Beschäftigung nicht immer ausreichend gewährleistet sind. „Psychosoziale Dienste“ und „Arbeitsassistenten für psychisch Behinderte“, die die Länder im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben nach dem Schwerbehindertengesetz einsetzen, leisten zwar bereits wichtige Arbeit, können die bestehenden Defizite aber nicht allein beseitigen. Vorhandene und erprobte Maßnahmen zur Bewältigung der Problematik hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im März 1990 in einer Fachtagung einer breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt und die Tagungsergebnisse als Broschüre veröffentlicht, um einen sozialpolitischen Impuls zu geben, die berufliche Eingliederung dieser Personengruppe weiter zu verbessern. Außerdem hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eine „Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter“ erstellt, die konkrete Hinweise zur Umsetzung der in diesem Bereich vorliegenden Erfahrungen enthält.

5.28

Berufliche Rehabilitation kann nur die Voraussetzung für eine dauerhafte Eingliederung schaffen; sie kann Eingliederung nicht garantieren. Im Arbeitsleben gewinnen außerdem neben den fachlichen zunehmend **soziale Qualifikationen** wie Selbstdarstellungs-, Durchsetzungs-, Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit an Bedeutung; um vollwertig am Arbeitsleben teilzuhaben, ist deshalb unverzichtbar, daß Behinderte sich eine realistische Selbsteinschätzung erarbeiten und — im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten — diese Selbsteinschätzung auch an andere vermitteln.

Außerdem ist erforderlich, potentielle **Arbeitgeber** immer wieder von der Leistungsfähigkeit Behinderter zu überzeugen und dem Vorurteil entgegenzutreten, Behinderte könnten keine vollwertige Arbeitsleistung erbringen. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat zu diesem Zweck bereits eine Reihe von Informationsveranstaltungen für Arbeitgeber in diversen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt und hierbei gute Erfolge erzielt.

Die Bundesanstalt für Arbeit unterstützt diese Aktivitäten wirksam durch eigene Bemühungen und hat z. B. eine Broschüre publiziert, die der Unterrichtung der Arbeitgeber über Probleme, vor allem aber über die Möglichkeiten des beruflichen Einsatzes von Behinderten dient und die auch international großes Interesse findet.

6. Beschäftigung Schwerbehinderter

6.1

Mit dem Schwerbehindertengesetz und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung ergänzt und vervollständigt das **Schwerbehindertenrecht** das arbeitsmarktpolitische Instrumentarium des Arbeitsförderungsgesetzes und die übrigen berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation. Es soll dazu beitragen, Schwerbehinderten einen geeigneten, behinderungsgerechten Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu verschaffen und zu erhalten sowie behinderungsbedingte Nachteile oder Mehraufwendungen im Arbeits- und Berufsleben auszugleichen. Hierzu hält es ein umfangreiches Instrumentarium bereit, insbesondere

- das System von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe,
- die zusätzliche Arbeits- und Berufsförderung Schwerbehinderter einschließlich der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben,
- den besonderen Kündigungsschutz und
- die besondere Interessenvertretung der Schwerbehinderten in Betrieben und Dienststellen.

6.2

Seit der **Novellierung** im Jahre 1986 ist das Schwerbehindertengesetz mehrfach geändert worden. Die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung von 1988 hat die alte Verordnung aus dem Jahr 1978 abgelöst. Ferner wurden die Wahlordnung zum Schwerbehindertengesetz am 23. April 1990 und die Ausweisverordnung zum Schwerbehindertengesetz am 25. Juli 1991 neu gefaßt.

Das Schwerbehindertengesetz und die dazu erlassenen Rechtsverordnungen gelten seit dem Beitritt der Deutschen Demokratischen Republik zur Bundesrepublik Deutschland am 3. Oktober 1990 auch in den neuen Bundesländern sowie dem Ostteil des Landes Berlin. Durch den **Einigungsvertrag** ist das Schwerbehindertengesetz in einigen Punkten geändert und mit einigen „Maßgaben“ in den neuen Bundesländern in Kraft gesetzt worden.

- Die Ausgleichsabgabe wurde auf 200 DM festgesetzt und damit im bisherigen Bundesgebiet um 50 DM erhöht, im Gebiet der ehemaligen DDR um 50 DM abgesenkt.
- Der Beirat für die Rehabilitation der Behinderten wurde um Vertreter der fünf neuen Bundesländer und damit von 33 auf 38 Mitglieder erweitert.

- Ausdrücklich klargestellt wurde, daß die Betreuung und Förderung nichtwerkstattfähiger Behinderter in Einrichtungen und Gruppen durchgeführt werden kann, die der Werkstatt angegliedert sind.
- Kriegsoffer und ihnen gleichgestellte Versorgungs- und Entschädigungsberechtigte, die am 1. Oktober 1979 nur deshalb keinen Anspruch auf unentgeltliche Beförderung hatten, weil sie zu diesem Stichtag ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Gebiet der ehemaligen DDR hatten, wurden von der Eigenbeteiligung bei der unentgeltlichen Beförderung befreit.
- Die Anerkennung als Beschädigter in der früheren DDR galt bis zum Ablauf ihrer Gültigkeit, längstens bis zum 31. Dezember 1993 als Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes und einen Grad der Behinderung von 30, 50, 80 oder 100, solange die Voraussetzungen der Anerkennung fortbestehen.
- Die aufgrund einer solchen Anerkennung in der früheren DDR ausgegebenen Schwer- und Schwerstbeschädigtenausweise galten bis zum Ablauf ihrer Gültigkeit, längstens bis zum 31. Dezember 1993 als Schwerbehindertenausweis mit einem Grad der Behinderung von 50 bei Ausweisstufe II, 80 bei Ausweisstufe III und 100 bei Ausweisstufe IV.
- Die Eigenbeteiligung bei der unentgeltlichen Beförderung wurde für Schwerbehinderte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in den neuen Bundesländern oder Berlin (Ost) — zeitlich gestaffelt — bis einschließlich 1992 ermäßigt; seitdem gilt eine einheitliche Eigenbeteiligung.
- Die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter mit der Deutschen Reichsbahn im Verkehr mit Nahverkehrs-, Eil-, D- und IR-Zügen im Umkreis von 50 km um den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Schwerbehinderten wurde zum 1. Juli 1991 eingeführt.

Zur Werkstättenverordnung Schwerbehindertengesetz regelt der Einigungsvertrag, daß die am 3. Oktober 1990 bestehenden, nach dem 1. Juli 1990 von der Zentralen Arbeitsverwaltung auf der Grundlage des Schwerbehindertengesetzes der ehemaligen DDR und der dazu erlassenen Werkstättenverordnung bis zum 31. Dezember 1992 vorläufig anerkannten Werkstätten für Behinderte als Werkstätten im Aufbau im Sinne der Werkstättenverordnung galten.

Der Aufbau der Versorgungsverwaltung und der Hauptfürsorgestellen in den neuen Ländern wurde vom Bund durch Beratung unterstützt. Die Bundesregierung hat sich an der Schulung des Verwaltungspersonals der neuen Behörden sowie an der Schulung von Fachpersonal der Werkstätten für Behinderte in den neuen Ländern beteiligt und hierfür aus Haushaltsmitteln 1991 und 1992 jeweils rund 750 000 DM bereitgestellt. Bis zum 31. Dezember 1993 wurden rund 1,3 Mio Anträge auf Feststellung der Behinderung und Ausstellung von Ausweisen für Schwerbehinderte gemäß § 4 des Schwerbehindertengesetzes gestellt. Rund 1,18 Mio Anträge sind von

den Versorgungsämtern mit Bescheid erledigt worden; rund 815 000 Schwerbehindertenausweise wurden ausgestellt.

6.3

Zum Instrumentarium der Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeits- und Berufsleben gehört die **Pflicht der Arbeitgeber**, einen bestimmten Teil der Arbeits- und Ausbildungsplätze und ihrer sonstigen Stellen mit Schwerbehinderten zu besetzen. Danach hat jeder Arbeitgeber, der über mindestens 16 Arbeitsplätze verfügt, auf wenigstens 6 v. H. dieser Plätze Schwerbehinderte zu beschäftigen; diese Verpflichtung gilt gleichermaßen für private wie für öffentliche Arbeitgeber. Neben dieser allgemeinen Verpflichtung sind die besonderen Vorschriften und Grundsätze für die Besetzung der Beamtenstellen so zu gestalten, daß die Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter gefördert und ein angemessener Anteil Schwerbehinderter unter den Beamten erreicht wird. Dem trägt beispielsweise das Beamtenrecht des Bundes insbesondere mit der Bestimmung Rechnung, daß von Schwerbehinderten bei der Einstellung, Anstellung und Beförderung nur das Mindestmaß körperlicher Eignung verlangt werden darf; das Beamtenrecht der Länder enthält ähnliche Regelungen.

Die Pflichtquote von 6 v. H. gilt einheitlich im gesamten Bundesgebiet, seit dem 3. Oktober 1990 auch im Gebiet der ehemaligen DDR, und zwar ohne Unterschiede für einzelne Verwaltungen, Wirtschaftszweige oder Betriebsarten. Sie ist auch für einzelne Arbeitgeber nicht herabsetzbar. Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, daß trotz der im einzelnen unterschiedlichen Beschäftigungsmöglichkeiten jeder Arbeitgeber mit mehr als 15 Plätzen Schwerbehinderte zumindest im vorgeschriebenen Umfang beschäftigen kann.

6.4

Die Erfüllung der **Beschäftigungspflicht** zu überwachen, ist Aufgabe der Bundesanstalt für Arbeit. Nachdem das Anzeigeverfahren gemäß § 13 Abs. 2 Schwerbehindertengesetz für 1990 in den alten und den neuen Bundesländern noch getrennt durchgeführt worden ist, haben für das Jahr 1991 erstmals alle beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber in der Bundesrepublik Deutschland die Anzeigen in einem einheitlichen Verfahren erstattet. Damit liegt erstmals eine gesamtdeutsche Statistik vor. Da die Anzeigen an das für den Sitz des Arbeitgebers zuständige Arbeitsamt zu richten sind, haben sich gegenüber den Erhebungen für das Jahr 1990 erhebliche Auswirkungen auf die regionalstatistischen Ergebnisse ergeben. Wegen der zunehmenden Eigentumsverflechtungen zwischen ost- und westdeutschen Unternehmen erscheinen bei regionalen Auswertungen nach dem Sitz des Arbeitgebers zunehmend Arbeitsplätze aus den neuen Bundesländern in den alten Bundesländern, in umgekehrter Richtung

dagegen nur vereinzelt. Aus diesem Grund ist der Vorjahresvergleich auf regionaler Ebene nur bedingt aussagekräftig.

Insgesamt stellt sich die Erfüllung der Beschäftigungspflicht in den vergangenen Jahren (Berichtsmonat jeweils Oktober) wie folgt dar:

	1990 West	1990 Ost	1991 Bundesrepublik insgesamt	1992 Bundesrepublik insgesamt
Pflichtplätze	1 073 278	245 223	1 339 952	1 301 583
Beschäftigte Schwerbehinderte ...	736 027	171 500	890 701	838 088
Beschäftigte Gleichgestellte	27 706	24 202	34 776	38 719
sonstige anrechnungsfähige Beschäftigte	11 360	1 599	12 019	11 639
zusätzlich besetzte Plätze durch Mehrfachanrechnung	31 486	1 640	37 361	38 032
insgesamt besetzte Arbeitsplätze..	806 579	198 941	974 857	926 478
nicht mit Schwerbehinderten besetzte Arbeitsplätze.....	361 448	71 921	475 285	478 110
Ist-Quote	4,5 v.H.	4,9 v.H.	4,4 v.H.	4,3 v.H.

Die Beschäftigungsquote ist von 5,2 v. H. in 1986 auf 4,3 v. H. im Jahre 1992 gesunken; diese Quote bildet sich aus Quoten von 4,4 v. H. für die alten und von 3,6 v. H. für die neuen Bundesländer. Die privaten Arbeitgeber wiesen 1992 bundesdurchschnittlich eine Beschäftigungsquote von 3,9 v. H., die öffentlichen Arbeitgeber eine von 5,2 v. H. auf.

Gliedert man die Zahl der Arbeitgeber nach ihrer Erfüllungsquote, wird ersichtlich, daß von den 163 600 beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern 122 600 (75 v. H. aller Arbeitgeber mit insgesamt 81 v. H. aller Arbeitsplätze) ihrer Beschäftigungspflicht nicht oder nicht im vollen Umfang nachgekommen sind. 54 200 Arbeitgeber hatten überhaupt keinen Schwerbehinderten beschäftigt; hierbei handelte es sich fast ausschließlich um Arbeitgeber mit weniger als 100 Arbeitsplätzen. Dagegen hatten 25 900 Arbeitgeber (16 v. H. aller Arbeitgeber mit 19 v. H. aller Arbeitsplätze) alle Pflichtplätze mit Schwerbehinderten besetzt und beschäftigten teilweise sogar weit darüber hinaus Schwerbehinderte. Andererseits waren (1989 in den alten Ländern) rund 109 300 Schwerbehinderte bei nichtbeschäftigungspflichtigen Arbeitgebern beschäftigt, so daß im Oktober 1992 insgesamt etwa 1,035 Mio Schwerbehinderte in das Arbeitsleben eingegliedert waren.

6.5

Die **Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter** ist im Jahresdurchschnitt von rund 130 500 im Jahre 1988 in den alten Bundesländern auf rund 116 800 im Jahre 1991 zurückgegangen, im Jahresdurchschnitt 1993 jedoch auf rund 145 100 angestiegen. Im Dezember 1993 waren 150 489 Schwerbehinderte arbeitslos, eine Zunahme um 12,4 v. H. gegenüber dem Vergleichsmonat des Vorjahres. In den neuen Bundesländern ist die Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter von 4 500 im Juli 1990 auf 30 400 im Jahresdurch-

schnitt 1992 angestiegen, im Jahresdurchschnitt 1993 leicht auf 28 300 zurückgegangen. Der Anteil Schwerbehinderter an allen Arbeitslosen betrug in den neuen Bundesländern im Dezember 1993 2,4 v. H., im Vergleichsmonat des Vorjahres 2,7 v. H.

Die Analysen der Bundesanstalt für Arbeit verdeutlichen, daß nicht nur die nach wie vor hohe allgemeine Arbeitslosigkeit (im Jahresdurchschnitt 1991: rund 1,69 Mio; 1992: rund 1,8 Mio) die Chancen Schwerbehinderter im Wettbewerb um einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz negativ beeinflusst. Bei dem überwiegenden Teil der arbeitslosen Schwerbehinderten erschweren vielmehr darüber hinaus weitere zur Behinderung hinzutretende Umstände — wie fortgeschrittenes Alter und eine fehlende berufliche Qualifikation — die Aussichten auf eine Wiedereingliederung. Von den arbeitslosen Schwerbehinderten waren Ende September 1992 rund 64 v. H. 50 Jahre oder älter, aber nur rund 31,5 v. H. der Arbeitslosen insgesamt; ebenfalls rund 64 v. H. von ihnen gegenüber rund 35 v. H. aller Arbeitslosen hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung. 27,1 v. H. aller arbeitslosen Schwerbehinderten — aber nur rund 13,2 v. H. der Arbeitslosen insgesamt — war zu diesem Zeitpunkt zwei Jahre und länger arbeitslos.

Ursächlich für den Anstieg der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter in den neuen Bundesländern ist der allgemeine Stellenabbau im Zuge der wirtschaftlichen Umstrukturierung, von dem in erheblichem Umfang Schwerbehinderte betroffen waren.

6.6

Über die Beschäftigung Schwerbehinderter bei den **Bundesdienststellen** erstattet das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung jährlich einmal Bericht. Aus dem jüngsten Bericht (Bundestags-Drucksache 12/5208) geht hervor, daß der Bund im Jahr 1992 eine Beschäftigungsquote von 5,5 v. H. aufweist.

Der Bund als Arbeitgeber mußte erstmals seit 1978 Ausgleichsabgabe zahlen, und zwar für 1991 nach Abzug anzurechnender Rechnungsbeträge aus Aufträgen an Werkstätten für Behinderte und Blindenwerkstätten rund 11 Mio DM, für 1992 rund 9,5 Mio DM. Die Quoten der einzelnen Ressorts bewegen sich zwischen 10,1 v. H. und 3,4 v. H. Negativ für den Bund wirken sich insbesondere die Quoten der Bahnen mit 4,6 v. H. bei der Deutschen Bundesbahn und 2,6 v. H. bei der Deutschen Reichsbahn aus.

Vor dem Hintergrund der rückläufigen Entwicklung bei der Beschäftigung Schwerbehinderter im Bundesdienst hat die Bundesregierung am 4. Dezember 1991 und am 2. Dezember 1992 Maßnahmen zur Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter im öffentlichen Dienst des Bundes beschlossen. Alle Ressorts wurden verpflichtet, erhebliche Anstrengungen zur möglichst umfassenden Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeitsleben zu unternehmen. Den Ländern wurde empfohlen, dem Beispiel des Bundes zu folgen und auch für ihren Bereich besondere Maßnahmen zu ergreifen. Bei der Umsetzung dieser Beschlüsse wurde die Notwendigkeit zusätzlicher Maßnahmen deutlich; das Bundeskabinett hat deshalb am 29. September 1993 zusätzliche Maßnahmen beschlossen, um der Beschäftigung Schwerbehinderter beim Bund weitere Impulse zu geben. Die Aktivitäten zur Umsetzung der Kabinettsbeschlüsse sollen zur Verbesserung der Beschäftigungssituation Schwerbehinderter im öffentlichen Dienst des Bundes führen und dazu beitragen, daß der Bund künftig keine Ausgleichsabgabe mehr zahlen muß. Flankierend verstärkt die Bundesregierung ihre Bemühungen, durch die Vergabe von Aufträgen an Werkstätten für Behinderte und Blindenwerkstätten zur Beschäftigung Schwerbehinderter beizutragen; im Rahmen der Datenbank REHADAT steht ein umfassendes Liefer- und Leistungsverzeichnis der Werkstätten allen Interessierten zur Verfügung.

Die Beschäftigungssituation bei den Landesverwaltungen ist unterschiedlich; nur noch das Saarland hat in den Jahren 1991 und 1992 die Pflichtquote erfüllt.

6.7

1991 konnten in den alten Bundesländern insgesamt rund 29 000 Schwerbehinderte von den Arbeitsämtern **vermittelt** werden. 1992 wurden in den alten Bundesländern rund 24 300 und in den neuen Bundesländern rund 8 100 Schwerbehinderte vermittelt, 1993 in den alten Bundesländern rund 20 600 und in den neuen Bundesländern rund 9 300.

6.8

Das Aufkommen der **Ausgleichsabgabe** betrug 1992 rund 975 Mio DM. Die im Jahre 1992 an die Hauptfürsorgestellen abgeführte Ausgleichsabgabe war von den Arbeitgebern zu leisten, die im Jahre 1991 ihrer Beschäftigungspflicht nicht oder nicht in dem vorgeschriebenen Umfang nachgekommen waren.

Bundesland	Quote v. H.	
	1991	1992
Baden-Württemberg	3,85	4,00
Bayern	3,49	3,58
Berlin	5,02	5,03
Brandenburg	2,60	2,58
Bremen	5,55	5,60
Hamburg	5,12	4,97
Hessen	4,80	4,90
Mecklenburg-Vorpommern	2,49	2,56
Niedersachsen	3,91	4,02
Nordrhein-Westfalen	5,60	5,60
Rheinland-Pfalz	4,96	5,13
Saarland	7,21	7,18
Sachsen	3,33	2,83
Sachsen-Anhalt	2,98	2,96
Schleswig-Holstein	4,22	4,32
Thüringen	2,83	2,83

Ein Anteil von 55 v. H. der Ausgleichsabgabe verbleibt bei den Hauptfürsorgestellen der Länder. Dort werden die Mittel für Leistungen zur Förderung des Arbeits- und Ausbildungsplatzangebots für Schwerbehinderte, Leistungen zur begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben sowie für sonstige Maßnahmen zur Eingliederung Schwerbehinderter verwandt. Ein Anteil von 45 v. H. steht dem beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eingerichteten Ausgleichsfonds für überregionale Maßnahmen zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu. Der Ausgleichsfonds weist hiervon 50 v. H. der Bundesanstalt für Arbeit zur besonderen Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter zu, soweit nicht ein anderer Anteil erforderlich ist. Damit fördert der Ausgleichsfonds überregionale Aufklärungs-, Fortbildungs- und Forschungsmaßnahmen sowie Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Arbeits- und Berufsförderung Schwerbehinderter sowie überregionale Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke sowie Werkstätten für Behinderte und damit in Zusammenhang stehende Wohnstätten.

Von 1974 bis 1993 wurden durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung aus Mitteln des Ausgleichsfonds

- für den Bau von Werkstätten für Behinderte 1,71 Mrd DM, davon 1993 368 Mio DM, und
- für den Bau von Wohnstätten für Behinderte 939 Mio DM, davon 1993 201 Mio DM

bereitgestellt, zusätzlich etwa gleiche Beträge für diese Zwecke auch von den Bundesländern.

6.9

Seit der Novellierung des Schwerbehindertengesetzes 1986 ist die besondere **Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter** gesetzliche Aufgabe der Bundesanstalt für Arbeit nach § 33 Abs. 2 Schwerbehindertengesetz. Für die Einstellung von Schwerbehinderten können Arbeitgeber — nachrangig und ergänzend zu den Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Arbeitsförderungsgesetz und den Leistungen der anderen Rehabilitationsträger — Lohnkostenzuschüsse bis zu 80 v.H. des Arbeitsentgelts und bis zu 100 v.H. der Ausbildungsvergütung bei Ausbildungsverhältnissen erhalten. Mit Hilfe dieser Förderung konnten von 1986 bis 31. 10. 1993 45 857 Schwerbehinderte, davon 2 370 Auszubildende, in das Arbeits- und Berufsleben eingegliedert werden. Aus der Ausgleichsabgabe hat die Bundesanstalt für Arbeit hierfür rund 930 Mio DM ausgezahlt, allein für das Jahr 1993 197 Mio DM.

In den neuen Bundesländern werden die Leistungen zur Einstellung Schwerbehinderter zunehmend in Anspruch genommen. Während es im Jahre 1991 erst rund 200 Förderungsfälle gab, waren es 1993 bis zum 31. Oktober 1 564 Förderungsfälle.

Zur besonderen Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter hatten im Oktober 1993 elf Bundesländer auf der Grundlage des § 33 Abs. 3 Schwerbehindertengesetz zusätzliche Sonderprogramme aus Mitteln der Ausgleichsabgabe aufgelegt, deren Durchführung der Bundesanstalt für Arbeit durch Verwaltungsvereinbarung mit dem jeweiligen Land übertragen ist. Die Ausgaben für regionale Sonderprogramme beliefen sich im Jahre 1992 auf 20 Mio DM. Die Erfahrungen mit diesen Programmen haben gezeigt, daß die Aufstockung von Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit ein geeigneter Weg ist, die Eingliederung auch besonders betroffener Schwerbehinderter zu fördern. Notwendig erscheint jedoch die Angleichung der Sonderprogramme im Interesse einer möglichst einheitlichen Rechtsanwendung; der begünstigte Personenkreis, die Leistungsvoraussetzungen und der Leistungsumfang sollten in allen Bundesländern gleich sein.

6.10

Die Leistungen der Hauptfürsorgestellen an Arbeitgeber sind gegenüber 1989 um rund 42 v.H., gegenüber 1991 um rund 20 v.H. auf rund 155 Mio DM im Jahr 1992 gestiegen. Vor allem ist auf die Zunahme bei der behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen hinzuweisen; hier lag im Jahr 1992 erneut der größte Ausgabenposten. Die verstärkten Bemühungen der Hauptfürsorgestellen, gerade die Arbeitsplätze beruflich besonders betroffener Schwerbehinderter zu sichern, zeigen sich an der erheblichen Ausweitung der Leistungen zur Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen bei der Beschäftigung Schwerbehinderter.

	1991	1992
	Mio. DM	Mio. DM
Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	42,7	43,8
behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	49,8	56,5
Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen	23,8	32,0
Sonderprogramme des Bundes und der Länder	4,9*	3,3
regionale Sonderprogramme	7,3*	20,0
insgesamt	129,4	155,6

* k.A. Schleswig-Holstein (in Gesamtsumme enthalten)

Für Leistungen an Schwerbehinderte und Gleichgestellte wurden 1992 in den alten Bundesländern 42,4 Mio DM aus Mitteln der Ausgleichsabgabe verwendet, und zwar für:

	1991	1992
	Mio. DM	Mio. DM
technische Arbeitshilfen	9,6	10,5
Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes (Kfz-Hilfen)	5,1	7,0
Hilfen zur wirtschaftlichen Selbständigkeit	2,9	2,9
Hilfen zu einer behinderungsgerechten Wohnung	18,6	19,2
Hilfen zur Erhaltung der Arbeitskraft	0,2	0,2
Hilfen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten	1,0	1,6
Hilfen in besonderen behinderungsbedingten Lebenslagen	0,8	1,0
insgesamt	38,1	42,4

Für Bau und Modernisierung von **Einrichtungen** wurden 1991 rund 149 Mio DM, 1992 rund 169,6 Mio DM aufgewendet, unter anderem für

	1991	1992
	Mio. DM	Mio. DM
berufliche Rehabilitations-einrichtungen	16,0	7,4
Werkstätten für Behinderte ..	86,7	100,5
Wohnstätten für Behinderte .	40,8	51,8
besondere Einrichtungen zur Erhaltung der Arbeitskraft für Schwerbehinderte ..	0,3	0,5
sonstige Einrichtungen	0,3	0,3
insgesamt	149,0*	169,6*

* Abweichungen zur Gesamtsumme durch fehlende Aufschlüsselung der Beträge für Schleswig-Holstein

Ohne diese Mittel und die Finanzierung aus dem Ausgleichsfonds wäre es nicht möglich gewesen, die heute verfügbaren Werkstattplätze zu schaffen und — nach Bundesländern unterschiedlich — das Defizit an Wohnheimplätzen für Behinderte zu vermindern.

6.11

Für Leistungen an Schwerbehinderte in den **neuen Bundesländern** haben die dortigen Hauptfürsorgestellen 1991 lediglich rund 0,54 Mio DM aufgewendet, für Leistungen an Arbeitgeber rund 2,2 Mio DM. Diese gegenüber den alten Bundesländern außerordentlich niedrige Zahl für 1991 ist darin begründet, daß in diesem Jahr noch keine nennenswerten Einnahmen aus der Ausgleichsabgabe zur Verfügung standen. Die für 1990 geschuldete Ausgleichsabgabe floß den Hauptfürsorgestellen erst im Verlauf des Jahres 1991 zu; die Finanzausstattung für 1991 wurde zunächst im wesentlichen aus Landeshaushaltsmitteln sichergestellt.

Im Jahre 1992 beliefen sich die Leistungen der Hauptfürsorgestellen der neuen Bundesländer an Schwerbehinderte auf 2,8 Mio DM, die Leistungen an Arbeitgeber auf 9,2 Mio DM. So haben sich die Leistungen zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen vervielfacht, die zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen gegenüber dem Jahr 1991 mehr als verdreifacht. Dies zeigt, daß die begleitende Hilfe auch in den neuen Bundesländern Tritt gefaßt hat. Damit wurde einerseits die Einstellung arbeitsloser Schwerbehinderter durch die Schaffung neuer Arbeitsplätze unterstützt. Insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe sind Investitionshilfen für die Ausstattung behinderungsgerechter Arbeitsplätze ein erheblicher Anreiz zur Einstellung Schwerbehinderter. Andererseits wurden mit der Anpassung und Optimierung vorhandener Arbeitsplätze — eng miteinander verzahnt — zwei Ziele verfolgt, nämlich akute Arbeitsplatzgefährdungen zu beseitigen und — un-

ter präventiven Gesichtspunkten — die Arbeitsbedingungen zu verbessern, um das Eintreten weiterer Behinderungen und damit zukünftige Gefährdungen zu vermeiden.

Leistungen an Schwerbehinderte in den neuen Bundesländern	1991	1992
	Mio. DM	Mio. DM
technische Arbeitshilfen	0,2	0,8
Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes (Kfz-Hilfen) ..	0	0,1
Hilfen zur wirtschaftlichen Selbständigkeit	0,2	0,7
Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung ...	0,1	1,0
Hilfen zur Erhaltung der Arbeitskraft	0	0,007
Hilfen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten	0,02	0,2
Hilfen in besonderen behinderungsbedingten Lebenslagen	0,02	0,02
insgesamt	0,54	2,827

Leistungen an Arbeitgeber in den neuen Bundesländern	1991	1992
	Mio. DM	Mio. DM
Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	0,9	4,6
behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	0,9	3,1
Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen	0,4	1,5
insgesamt	2,2	9,2

6.12

Die **Beratung** Behinderter und der Arbeitgeber, Betriebsbesuche und Teilnahme an Versammlungen der Schwerbehinderten in den Betrieben gehören neben den finanziellen Leistungen ebenfalls zu den Aufgaben der Hauptfürsorgestellen. Die fachliche Beratung ist oft Voraussetzung für finanzielle Hilfen.

1992 wurden rund 33 700 Betriebsbesuche durchgeführt; Mitarbeiter der Hauptfürsorgestellen nahmen an rund 1 400 Versammlungen der Schwerbehinderten in den Betrieben teil. Während bei den Betriebsbesuchen gegenüber dem Jahr 1991 (rund 25 500) eine erhebliche Zunahme zu verzeichnen ist, ist der Umfang der Beteiligung der Hauptfürsorgestellen an Versammlungen der Schwerbehinderten in den Be-

trieben gegenüber dem Jahr 1991 annähernd unverändert geblieben.

Um eine hinreichende Beratung und Betreuung der Arbeitgeber und der im Betrieb tätigen Schwerbehinderten sicherzustellen, hält es die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen für erforderlich, jeden Betrieb im Rahmen regelmäßiger systematischer Betriebsbesuche alle zwei Jahre zu erreichen. Bei der gegenwärtigen personellen Ausstattung der Hauptfürsorgestellen kann dieses Ziel trotz der steigenden Zahl der Betriebsbesuche nicht erreicht werden.

Die Hauptfürsorgestellen verfügen nur teilweise über das zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben notwendige Personal. So sind nach einer Untersuchung der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen in den alten Bundesländern zur Durchführung der Aufgaben nach dem Schwerbehindertengesetz rund 820 Sachbearbeiter und sonstige Fachkräfte erforderlich; tatsächlich stehen aber nur rund zwei Drittel des notwendigen Personals zur Verfügung. Deshalb sind die Leistungen der einzelnen Hauptfürsorgestellen — abhängig von dem zur Verfügung stehenden Personal — höchst unterschiedlich. Die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen hat errechnet, daß — stünde das notwendige Personal in vollem Umfang bereit — bei den Leistungen an Arbeitgeber ein Ausgabevolumen von rund 300 Mio DM erreichbar wäre. Die Personalsituation der Hauptfürsorgestellen in den neuen Bundesländern muß ebenfalls als problematisch bezeichnet werden, obwohl trotz angespannter Haushaltslage der neuen Bundesländer der Personalbestand in den im Jahre 1991 errichteten Hauptfürsorgestellen rasch aufgestockt werden konnte. Die zunehmende Zahl der Betriebsbesuche und der Teilnahme an Versammlungen der Schwerbehinderten in den Betrieben im Jahre 1992 ist nicht zuletzt auf die gesunkene Zahl von Anträgen auf Zustimmung zur Kündigung Schwerbehinderter zurückzuführen, so daß die im Jahre 1991 im wesentlichen durch diesen Teilbereich des Aufgabengebietes der Hauptfürsorgestellen gebundenen Mitarbeiter Aufgaben der begleitenden Hilfen wahrnehmen konnten.

Weiterhin sind in den Hauptfürsorgestellen der neuen Bundesländer bestimmte Fachdienste — z. B. Technische Beratungsdienste, Fachdienste für Gehörlose und Sehbehinderte, Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärungs- und Schulungsarbeit — oft nicht oder nur unzureichend personell ausgestattet.

6.13

Den **Vertrauensleuten** der Schwerbehinderten kommt für die Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeits- und Berufsleben besondere Bedeutung zu. Nachdem mit der Novelle des Schwerbehindertengesetzes 1986 insbesondere die Rechtsstellung der Vertrauensleute in einer Reihe von Punkten verstärkt wurde, ist die Wahlordnung 1990 geändert worden. Seitdem ist in Betrieben und Dienststellen mit weniger als 50 Wahlberechtigten ein vereinfachtes Wahlverfahren vorgesehen.

Die Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte sowie die Beauftragten der Arbeitgeber können ihre Funktionen nur wirksam ausüben, wenn sie über Rechte, Pflichten und Hilfsmöglichkeiten für Schwerbehinderte und Arbeitgeber eingehend informiert sind. Die Hauptfürsorgestellen haben daher im Jahre 1992 — zum Teil gemeinsam mit Dritten — rund 1140 ein- und mehrtägige Schulungs- und Bildungsmaßnahmen durchgeführt. Daran haben rund 32 500 Personen teilgenommen. Diese Maßnahmen werden von den Arbeitgebern unterstützt. In einer gemeinsamen Empfehlung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen sind Inhalt und Umfang der Veranstaltungen geregelt. 1992 wurde die Neukonzeption des seit Jahren weitgehend unveränderten Informationsdienstes „Der Gute Wille“ der Arbeitsgemeinschaft abgeschlossen, der nunmehr in aktueller Form unter dem Titel „ZB“ (Zeitschrift: Behinderte im Beruf) erscheint.

6.14

Ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Erhaltung der Arbeitsplätze von Schwerbehinderten ist der **besondere Kündigungsschutz** mit verwaltungsgerichtlicher Überprüfung, der seit der Novelle des Schwerbehindertengesetzes 1986 sechs Monate nach Beschäftigungsbeginn einsetzt. Der Kündigungsschutz ist nicht absolut, sondern ein Abwägungsprozeß zwischen den Interessen der Arbeitgeber und der Behinderten. Im Ergebnis bringt er für die Arbeitgeber keine unzumutbaren Belastungen, sondern stellt lediglich sicher, daß die Arbeitgeber die ihnen gegenüber den Schwerbehinderten obliegende Fürsorgepflicht erfüllen und die Möglichkeiten der begleitenden Hilfen in Zusammenarbeit mit den Hauptfürsorgestellen mit dem Ziel der Erhaltung des Arbeitsplatzes nutzen. Unter diesem Aspekt ist der besondere Kündigungsschutz unverzichtbar. Nach den statistischen Angaben der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen ist die Zahl der Anträge auf Zustimmung zur Kündigung in den alten Bundesländern nach einem stetigen Rückgang von rund 19 000 im Jahre 1987 auf rund 15 000 im Jahre 1990, im Jahre 1991 auf rund 16 900 und im Jahre 1992 weiter auf 24 075 angestiegen. Diese erhebliche Steigerung um 42,8 v. H. spiegelt die 1992 einsetzende allgemeine konjunkturelle, in einigen Bereichen aber auch strukturelle Krise wider.

Bei der Unterscheidung der Zustimmungsanträge nach Kündigungsgründen hat 1992 eine dem bisherigen Trend entgegengesetzte Entwicklung eingesetzt: überwogen 1990 und 1991 noch die personenbedingten Gründe, wurden 1992 weit mehr als die Hälfte der Kündigungsanträge aus betriebsbedingten Gründen gestellt (1992 = 60,5 v. H., 1991 = 47,7 v. H.). Dies ist der Ausdruck der konjunkturellen und strukturellen Lage in den alten Bundesländern, die sich vor allem ab dem 2. Halbjahr 1992 auch auf die Beschäftigungssituation von Schwerbehinderten auswirkte.

In den streitigen Fällen konnte in 48,9 v. H. der Arbeitsplatz erhalten werden. Dieser Rückgang gegenüber dem Jahre 1991, in dem dieser Anteil 49,8 v. H. betrug, geht auf den vermehrten An-

teil von Zustimmung im Falle ordentlicher Kündigungen zurück. Hierbei stieg deutlich der Anteil derjenigen Verfahren, in denen der Ermessensspielraum der Hauptfürsorgestellten eingeschränkt war, und

zwar auf mehr als ein Drittel der Zustimmungsfälle. Auch hierin spiegelt sich der 1992 einsetzende strukturelle Beschäftigungsabbau durch wesentliche Betriebseinschränkungen oder -schließungen wider.

Neuanträge auf Zustimmung zur Kündigung Schwerbehinderter in den alten Bundesländern

Bundesland	1989	1990	1991	1992
Baden-Württemberg	1 812	1 731	2 267	2 903
Bayern	2 583	2 345	2 235	2 713
Berlin-West*	986	997	1 319	3 686
Bremen	163	181	142	218
Hamburg.....	399	343	382	454
Hessen.....	966	1 057	1 195	1 624
Niedersachsen.....	1 409	1 421	1 460	1 776
Nordrhein-Westfalen.....	5 303	5 432	6 108	7 572
Rheinland-Pfalz.....	786	637	849	1 912
Saarland	261	381	477	679
Schleswig-Holstein.....	470	444	422	538
insgesamt	15 138	14 969	16 856	24 075

* für 1992 einschließlich Berlin-Ost

6.15

In den **neuen Bundesländern** stieg die Zahl der Anträge auf Zustimmung zur **Kündigung** von rund 9 400 im 4. Quartal 1990 auf rund 71 500 im Jahr 1991. Diese Zahlen sind vor dem Hintergrund der dramatischen, wirtschaftlichen Umstrukturierung zu sehen. 80 v. H. der Kündigungsanträge hatten ihren Grund in einer Betriebsschließung oder wesentlichen Betriebseinschränkung, weitere 15 v. H. im Wegfall des Arbeitsplatzes. Im Jahre 1992 ist die Zahl der Anträge auf Zustimmung zur Kündigung zwar auf 19 433 (um 75 v. H.) gesunken. Trotz dieses Ergebnisses ist der Anteil im Vergleich zu den beschäftigten Schwerbehinderten in den neuen Bundesländern aber noch sehr hoch. Die weiterhin relativ große Zahl von Kündigungsanträgen gegenüber den alten Bundesländern ist durch die Umstrukturierungsmaßnahmen in der Wirtschaft begründet. Die Zahl der mit Betriebsschließungen oder Betriebseinschränkungen begründeten Anträge sank im Jahr 1992 auf rund 68 v. H., dagegen stieg die Zahl der mit dem Wegfall des einzelnen Arbeitsplatzes begründeten Anträge merklich an. Diese beiden betriebsbedingten Kündigungsgründe erreichen immer noch fast 90 v. H. (1991: 95 v. H.) aller Verfahren. In den neuen Bundesländern ist der Anteil streitiger Verfahren mit 47,7 v. H. deutlich höher als in den alten Bundesländern (1992: 38,9 v. H.). Er ist im Vergleich zum Jahr 1991 jedoch leicht rückläufig. Der höhere Anteil streitiger Verfahren ist auch vor dem Hintergrund der geringeren Chancen zu sehen, die — auch jüngere — arbeitslose Schwerbehinderte auf dem durch massiven Beschäftigungsabbau gekennzeichneten Arbeitsmarkt in den neuen Bundesländern haben.

Während im Jahr 1991 lediglich knapp ein Drittel der Arbeitsplätze in streitigen Verfahren erhalten werden konnte, liegt dieser Anteil im Jahr 1992 bei über 50 v. H. Dieses für die Sicherung der Arbeitsplätze von Schwerbehinderten beachtliche Ergebnis ist angesichts der schwierigen Wirtschafts- und Beschäftigungssituation in den neuen Bundesländern besonders bemerkenswert. Bei den Zustimmungen zur Kündigung Schwerbehinderter ist zu berücksichtigen, daß in mehr als zwei Drittel der Fälle (69,6 v. H.) das Ermessen der Hauptfürsorgestellten eingeschränkt oder nicht gegeben war. Dieser Anteil liegt deutlich über der Vergleichszahl für die alten Bundesländer (46,9 v. H.). Diese Zahlen widerlegen die vereinzelt geäußerte Kritik an der Durchführung der Kündigungsschutzverfahren in den neuen Bundesländern.

Neuanträge auf Zustimmung zur Kündigung Schwerbehinderter in den neuen Bundesländern

Bundesland	4. Quartal 1990	1991	1992
Berlin-Ost.....	1 200	7 394	
Brandenburg.....	483	9 921	2 766
Mecklenburg-Vorpommern.....	1 236	6 573	2 136
Sachsen	3 091	22 283	6 979
Sachsen-Anhalt ..	1 706	12 344	4 420
Thüringen	1 666	12 972	3 132
insgesamt.....	9 382	71 487	19 433

6.16

Das vorrangige Ziel aller Maßnahmen für den Personenkreis der **psychisch Behinderten** muß im Regelfall sein, die den Behinderten vertrauten Arbeitsplätze zu erhalten. Dort können sie die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten nutzen, die sozialen Bezüge z. B. zu Kollegen und Vorgesetzten sind ihnen vertraut und fördern — bei günstigen Voraussetzungen — ihr Leistungsvermögen. Bei den psychisch Behinderten, die durch eine schwere und (meist) mehrjährige Erkrankung ihren Arbeits- oder Ausbildungsplatz verloren haben, ist es erforderlich, Möglichkeiten zur betrieblichen Rehabilitation mit den erforderlichen begleitenden Diensten zu schaffen. Auch hier gilt der Grundsatz: so viel berufliche Rehabilitation im Betrieb — mit ambulanter Begleitung — wie möglich, so viel Rehabilitation in besonderen Institutionen wie nötig; nur so kann vermieden werden, daß das Hineinwachsen in feste soziale Bezüge und Rollen durch übermäßig lange Zeiten institutioneller Rehabilitation verzögert wird. Die Aufgaben der begleitenden Dienste umfassen die notwendige psychosoziale und sozialpädagogische Betreuung, das ergotherapeutische Training der psychisch Behinderten sowie die kompetente Beratung der Beschäftigungsbetriebe über die behinderungsbedingt erforderlichen Einsatzmöglichkeiten und den Umgang mit den psychisch Behinderten. Die Träger der Hauptfürsorgestellen müssen durch Bereitstellung des notwendigen Fachpersonals den Hauptfürsorgestellen ermöglichen, ihre eigenen Aufgaben in diesem Feld wahrzunehmen und die psychosozialen Dienste kommunaler und freier Träger bei der Betreuung einzusetzen.

Institutionalisierte berufliche Rehabilitation — möglichst dezentral und gemeindenah — sollte dem Teil dieses Personenkreises vorbehalten sein, der aufgrund fehlender oder verschütteter beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten oder nicht ausreichender sozialer Fähigkeiten eine betriebliche Rehabilitation (noch) nicht nutzen kann. In der Regel gilt dies auch für einen Großteil derjenigen psychisch Behinderten, die durch eine frühzeitige Erkrankung noch keine berufliche Erfahrungen sammeln konnten.

6.17

Soweit psychisch und andere Behinderte für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommen, aber aus Konjunktur-, Arbeitsmarkt- oder sonstigen, nicht auf der Behinderung beruhenden Gründen keinen Arbeitsplatz in Betrieben oder Verwaltungen finden, ist die Beschäftigung in sogenannten **Selbsthilfefirmen** möglich. Dabei handelt es sich um ein Konzept, das vornehmlich für psychisch Behinderte entwickelt worden ist, das aber auch für körperlich und andere Behinderte in Betracht kommt. Derzeit gibt es über 100 derartige Firmen mit mehr als 1000 Arbeitsplätzen. Diese Unternehmen haben sich in den letzten zehn Jahren entwickelt; sie definieren sich inzwischen als Teil des allgemeinen Arbeitsmarktes, der sich — professionell geführt — in wirtschaftlicher, technischer und orga-

nisatorischer Hinsicht an den normalen Strukturen der Arbeitswelt orientiert. Sie sind allerdings in Anbetracht der besonderen Personalkosten und der Minderleistungsfähigkeit eines Teils ihrer Mitarbeiter auf öffentliche Förderung angewiesen.

In Selbsthilfefirmen kann die gleiche finanzielle Förderung in Anspruch genommen werden wie in anderen Unternehmen auch. Sie können das arbeitsmarktpolitische Regelinstrumentarium nutzen, das für die Eingliederung Behinderter zur Verfügung steht. Sie können darüber hinaus die besonderen Leistungen und Hilfen in Anspruch nehmen, die in den rehabilitationsrechtlichen Vorschriften der Sozialleistungsgesetze und in den Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes vorgesehen sind.

6.18

Die Bemühungen um die Eingliederung Behinderter in das Arbeits- und Berufsleben sind vorrangig darauf gerichtet, Behinderten den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu eröffnen. Für die Behinderten, die dort wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung trotz aller personellen, finanziellen und sonstigen Hilfen nicht beschäftigt werden können, stehen **Werkstätten für Behinderte** zur Verfügung. Sie stehen Behinderten offen, die die Mindestvoraussetzungen für eine Förderung und eine Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte erfüllen; hierzu gehören auch diejenigen, für deren Betreuung und individuelle Förderung in der Werkstatt für Behinderte aufgrund der Behinderung eine besondere personelle Ausstattung erforderlich ist und deren Betreuung und Förderung daher in besonderen Gruppen erfolgt. Soweit Behinderte die Mindestvoraussetzungen für eine Förderung und Beschäftigung in einer Werkstatt nicht oder noch nicht erfüllen, können sie in Einrichtungen, die der Werkstatt angegliedert sind, unter deren „verlängertem Dach“ aufgenommen werden.

Aufgabe der Werkstätten ist es, Behinderte so zu fördern, daß sie spätestens nach Teilnahme an Maßnahmen des Arbeitstrainingsbereichs in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Darüber hinaus hat die Werkstatt Behinderte so weit zu fördern, daß sie das Optimum ihrer Leistungsfähigkeit erreichen, möglichst soweit, daß eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommt. Zur Erfüllung dieser Aufgaben muß die Werkstatt für Behinderte ein möglichst breites Angebot an Arbeitsplätzen und Plätzen für Arbeitstraining zur Verfügung stellen und über eine Ausstattung mit begleitenden Diensten verfügen.

6.19

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über insgesamt rund 590 anerkannte oder vorläufig **anerkannte Werkstätten** für Behinderte mit rund 140 000 Behinderten. Davon entfallen auf die alten Bundesländer rund 420 anerkannte Werkstätten mit rund 120 000 Beschäftigten, auf die neuen Bundesländer 170

Werkstätten, von denen 30 unbefristet, 131 befristet und 9 vorläufig anerkannt sind, mit rund 18 000 Beschäftigten.

In der ehemaligen DDR gab es Ende 1989 rund 240 geschützte Werkstätten des staatlichen Gesundheits- und Sozialwesens mit rund 14 000 Beschäftigten. Obgleich die Werkstätten in den neuen Bundesländern — von Ausnahmen abgesehen — nicht den fachlichen Anforderungen des Schwerbehindertengesetzes und der Werkstättenverordnung entsprachen, sind sie zunächst unter Auflagen befristet bis zum 31. Dezember 1992 vorläufig anerkannt worden, um den in ihnen beschäftigten Behinderten nicht nur Arbeit zu bieten, sondern sie zur Weiterentwicklung ihrer Leistungsfähigkeit und Persönlichkeit arbeitsbegleitend individuell zu fördern. Diese Einrichtungen besitzen den Status einer anerkannten Werkstatt und erhalten so die Hilfe, die für anerkannte Werkstätten vorgesehen ist. Um für die Behinderten in den neuen Ländern auch weiterhin ein ausreichendes Platzangebot zu gewährleisten, ist die Anerkennung der Werkstätten, die die fachlichen Anforderungen noch nicht erfüllen, auf Antrag verlängert worden; die hierzu erforderliche Änderung der Werkstättenverordnung ist am 23. Dezember 1992 in Kraft getreten.

6.20

Unter entsprechend günstigen Voraussetzungen und nach angemessenen Fördermaßnahmen ist es möglich, einen geringen Teil der Werkstattbeschäftigten **außerhalb der Werkstatt** auf Arbeitsplätzen in Betrieben oder im öffentlichen Dienst zu beschäftigen. Der Bundesdurchschnitt liegt zur Zeit nur unter 1 v. H. Deshalb müssen die Bemühungen, eine größere Anzahl Werkstattbeschäftigter in dauerhafte Arbeitsverhältnisse zu vermitteln, verstärkt werden. Wesentlich für den Erfolg ist ein geeignetes Arbeitsplatzangebot und eine nachgehende begleitende Betreuung über einen längeren Zeitraum. Zudem müssen sich die Werkstätten stärker auf die Anforderung der Arbeitsprozesse in nichtgeschützten Wirtschaftsbereichen einstellen.

Um Vermittlungserfolge zu stabilisieren, suchen Werkstätten nach geeigneten Zwischenformen und -schritten von der Werkstatt zum Arbeitsplatz in einem Betrieb oder in einer Dienststelle. Besonders gut eignen sich hierzu Organisationsformen, die in einem engen Verbund zu einer Werkstatt für Behinderte stehen, da auf diese Weise die notwendige Betreuung der überwiegend geistig behinderten Menschen im Berufsleben außerhalb einer Werkstatt für Behinderte sichergestellt werden kann.

Werkstätten sind auch für einen Teil psychisch Behinderter geeignet, allerdings im allgemeinen nicht in der Form, daß psychisch Behinderte in Arbeitsgruppen zusammen mit geistig Behinderten integriert werden. Vielmehr bedarf es in der Regel besonderer Formen wie besonderer Gruppen oder Abteilungen, Zweig- oder Verbundwerkstätten oder eigenständiger Werkstätten für psychisch Behinderte.

6.21

Zur Erleichterung des **Übergangs Behinderter aus Werkstätten für Behinderte auf den allgemeinen Arbeitsmarkt** fördert der Bund ein Modellvorhaben „Regionale Beschäftigungsinitiative zur Förderung der beruflichen Eingliederung von Menschen mit schweren Behinderungen“. Ziel dieses Projektes ist es, Schwerbehinderten mit besonderem Unterstützungsbedarf, die am allgemeinen Arbeitsmarkt bisher kaum vermittelbar sind und deshalb überwiegend in Werkstätten für Behinderte beschäftigt werden, zu einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verhelfen und ihre Wettbewerbsfähigkeit durch begleitende Hilfen am Arbeitsplatz zu erhalten und zu verbessern. Diese Eingliederungs Bemühungen ergänzen die Rehabilitationsaufgaben der Arbeitsverwaltung, der Hauptfürsorgestellen und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Darüber hinaus beabsichtigt die Bundesregierung, die Werkstätten anzuhalten, Behinderte noch gezielter als bisher auf den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorzubereiten; hierzu gehört insbesondere die Beschäftigung auf ausgelagerten Arbeitsplätzen für eine bestimmte Zeit. Dabei hat die Werkstatt die notwendige arbeitsbegleitende Betreuung in der Übergangsphase sicherzustellen und darauf hinzuwirken, daß nach dem Ausscheiden des Behinderten aus der Werkstatt die dann zuständige Hauptfürsorgestelle die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben erbringt.

6.22

Die zu den Fragen der **Rechtsstellung**, der **Entlohnung** und der **Mitwirkung** der in Werkstätten beschäftigten Behinderten gebildeten Arbeitsgruppen beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, denen Vertreter der wichtigsten am Werkstattgeschehen beteiligten Verbände einschließlich der Sozialhilfeträger angehören, haben ihre Beratungen im Jahre 1991 abgeschlossen und Abschlußberichte vorgelegt. Der Beirat für die Rehabilitation der Behinderten beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat sich im September 1991 mit der Problematik befaßt und seinerseits Vorschläge gemacht.

Die Fragen der Rechtsstellung und der Mitwirkung Behinderter in Werkstätten sollen im Rahmen der Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts in das Sozialgesetzbuch (SGB IX) geklärt und geregelt werden. Bei der Frage der Rechtsstellung geht es in erster Linie um den rechtlichen Status der in Werkstätten Beschäftigten.

Notwendig ist auch eine angemessene Mitwirkung der Behinderten in Werkstätten in den Werkstatt-Angelegenheiten sowie eine angemessene Beteiligung der Betreuer, in der Regel der Eltern. Die Mitwirkung für Behinderte ohne Arbeitnehmerstatus ist zwar seit Jahren dem Grunde nach vorgesehen; es fehlt aber eine nähere Regelung. Die notwendigen Regelungen sollen in einer Werkstatt-Mitwirkungsverordnung getroffen werden; im Rahmen eines Forschungsprojekts wurden die nötigen Vorarbeiten geleistet.

6.23

Die **Arbeitsentgelte** behinderter Werkstattbeschäftigter setzen sich, soweit diese nicht Arbeitnehmer sind, aus einem einheitlichen Grundbetrag und einem der Arbeitsleistung entsprechenden Steigerungsbetrag zusammen und sind lohnähnliche Einkommen. Der Maßstab für die Entgelthöhe ist vor allem die Arbeitsleistung, beurteilt nach Arbeitsmenge und -güte; daher soll die gesetzliche Verpflichtung des Werkstattträgers unterstrichen werden, den behinderten Beschäftigten ein der Leistung angemessenes Arbeitsentgelt zu ermöglichen.

Die Höhe des derzeitigen durchschnittlichen Arbeitsentgeltes wird von allen Beteiligten als unbefriedigend empfunden. Das monatliche Arbeitsentgelt betrug nach Feststellungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für Behinderte 1991 durchschnittlich 246 DM, nach Abzug der „häuslichen Ersparnis“ durch die Sozialhilfeträger in Höhe von 60 DM im Ergebnis also 186 DM.

Die Entlohnung Behinderteter in Werkstätten soll im Rahmen der Einordnung des Werkstättenrechts in das Sozialgesetzbuch mit dem Ziel einer leistungsangemessenen Entgeltzahlung aus dem Arbeitsergebnis der Werkstätten verbessert werden. Als Voraussetzung dazu wird gepüft, ob

- die sogenannte Nettoerlösrückführung abgeschlossen,
- die Leistungsträger zur vollständigen Übernahme der für die Erfüllung der Aufgaben der Werkstatt und ihrer fachlichen Anforderungen notwendigen Personal- und Sachkosten verpflichtet sowie
- die vorrangige Verwendung des Arbeitsergebnisses für die Lohnzahlung festgeschrieben werden können.

Weitergehende Forderungen wie die Zahlung eines einheitlichen Grundbetrages in Höhe des einfachen Regelsatzes nach dem Bundessozialhilfegesetz aus öffentlichen Mitteln sind auf absehbare Zeit nicht zu realisieren. Das gleiche gilt für die von einzelnen Bundesländern erhobene Forderung, den leistungsunabhängigen Teil der Entlohnung aus der Ausgleichsabgabe zu zahlen; diesem Vorschlag kann auch im Hinblick auf die im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Mai 1981 aufgestellten Grundsätze zur Verwendung der Ausgleichsabgabe nicht gefolgt werden.

6.24

Leistungsträger für das **Eingangsverfahren** und den **Arbeitstrainingsbereich** ist in den alten Bundesländern im wesentlichen die Bundesanstalt für Arbeit, die dafür nach ihrem Haushaltsansatz 1993 rund 517 Mio DM erbrachte. In den neuen Bundesländern werden Leistungen im Eingangsverfahren und Arbeitstrainingsbereich im wesentlichen durch die Rentenversicherungsträger erbracht, da die in den dortigen Werkstätten beschäftigten Behinderten zum größten Teil Bezieher von Invalidenrenten (nunmehr

Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit) sind und somit gegen die Rentenversicherungsträger Ansprüche auf berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation haben.

Zuständige Leistungsträger für den **Arbeitsbereich der Werkstätten** für Behinderte sind fast ausschließlich die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die dafür 1992 in den alten Bundesländern 2,7 Mrd DM und in den neuen Bundesländern rund 187 Mio DM aufgebracht haben.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß in den neuen Bundesländern auf Dauer Werkstattplätze in angemessener Zahl entweder neu geschaffen oder modernisiert und neu ausgestattet werden müssen. In Verbindung damit entsteht ein steigender Bedarf an Wohnstättenplätzen. Für den Aufbau dieses Werk- und Wohnstättennetzes in den neuen Ländern wurden 1991 Haushaltsmittel des Bundes in Höhe von rund 63 Mio DM und aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach dem Schwerbehindertengesetz 32 Mio DM zur Verfügung gestellt. Für 1992 wurden weitere 136 Mio DM und 1993 265 Mio DM aus Mitteln des Ausgleichsfonds vorgesehen, so daß bisher insgesamt rund 500 Mio DM zur Verfügung gestellt wurden. Unter Zugrundelegung der Erfahrungswerte aus den alten Bundesländern wird allein im Werkstattbereich der Finanzbedarf für die nächsten zehn Jahre auf rund 2 Milliarden DM geschätzt. Auch für den Bau entsprechender Wohnstätten muß mit erheblichen Investitionen etwa gleicher Größenordnung gerechnet werden.

In den alten Bundesländern konnte der jeweils aktuelle Bedarf an Werkstattplätzen in den vergangenen Jahren zwar weitgehend gedeckt werden; es bleibt aber notwendig, zusätzliche Werkstattplätze und Wohnstätten zu schaffen. Zum einen stehen den zu erwartenden Zugängen wegen der Altersstruktur der in Werkstätten beschäftigten Behinderten kaum Abgänge gegenüber, ein Teil der vorhandenen Plätze ist zudem nach wie vor modernisierungsbedürftig. Gleiches gilt auch für die Wohnstätten in den alten Bundesländern; hier besteht zudem ein hoher Nachholbedarf. Die Eltern der in Werkstätten beschäftigten Schwerbehinderten kommen zunehmend in ein Alter, das die Versorgung ihrer schwerbehinderten Kinder im Elternhaus immer weniger ermöglicht.

7. Bauen und Wohnen für behinderte Menschen

7.1

Eine wesentliche Voraussetzung für die Eingliederung behinderter Menschen in die Gesellschaft ist eine **behindertenfreundliche Gestaltung ihrer Umwelt**. Hierzu zählen behinderungsgerechte Wohnungen, die nicht nur eine möglichst weitgehende Selbständigkeit einräumen, sondern auch den Kontakt mit Nichtbehinderten erleichtern und in denen bei Bedarf die nötige Betreuung sichergestellt werden kann. Die Wohn- und Lebensbedingungen sollen behinderten Menschen ermöglichen, ein selbständiges Leben zu führen und entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen am gesellschaftlichen Leben teilzu-

nehmen. Dies erfordert entsprechende Gestaltung nicht nur an den Arbeitsplätzen Behinderter und in ihren Wohnungen, sondern in ihrer gesamten Umwelt, das heißt auch auf Straßen, Wegen und Plätzen, in öffentlich zugänglichen Gebäuden und Freizeitanlagen.

Ziel dabei ist, für alle Menschen eine weitgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe zu erreichen. Daher

- ist grundsätzlich barrierefrei zu bauen (DIN 18024, Teil 2, und DIN 18025, Teil 2),
- müssen öffentliche Verkehrsmittel von allen, die es wollen, selbständig genutzt werden können (DIN 18024 Teil 1, Entwurf November 1993),
- müssen behinderte Menschen die gleichen Möglichkeiten wie alle anderen haben, zu reisen und Urlaub anzutreten (Drucksache 12/5086), und
- müssen sie selbst entscheiden können, wo und wie sie wohnen und wie sie ihr privates Leben gestalten.

Werden bei der Gestaltung von Wohn- und Lebensbedingungen die speziellen Bedürfnisse Behinderter, die sich aufgrund ihrer Mobilitätsbehinderung oder aufgrund sinnesphysiologischer, sonstiger körperlicher oder intellektueller Einschränkungen ergeben, vom ersten gedanklichen Ansatz an berücksichtigt, entsteht in der Regel kein oder ein geringer Mehraufwand, während spätere Nachbesserungen meist erheblich mehr kosten; dies gilt gleichermaßen für bauliche, verkehrstechnische oder gesetzgeberische Vorhaben. Obwohl der unmittelbare Einfluß der Bundesregierung aufgrund der Vorgaben im Grundgesetz und in anderen gesetzlichen Regelungen begrenzt ist, hat sie zusammen mit den in diesem Bereich hauptsächlich zuständigen Bundesländern, Gemeinden, Verkehrs- und Baulastträgern sowie privaten Anbietern trotz mancher noch bestehender Defizite insgesamt beachtliche Fortschritte erreicht.

Die gleichberechtigte Teilnahme am sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben wurde — auf Landesebene erstmalig — durch den Berliner Senat in den „Leitlinien zum Ausbau Berlins als behindertengerechte Stadt“ anerkannt und beschlossen. Die in Zusammenarbeit mit dem Landesbeirat für Behinderte erarbeiteten Leitlinien setzen Schwerpunkte beim öffentlichen Personennahverkehr, bei überregionalen Verkehrsverbindungen, bei öffentlichem Straßenland sowie bei Grün- und Erholungsanlagen und Baulichkeiten.

7.2

Zu ihrer Eingliederung in die Gesellschaft müssen Behinderten nicht nur der Zahl nach genügend Wohnmöglichkeiten zur Verfügung stehen; vielmehr sind **differenzierte Wohnangebote** erforderlich, die der jeweiligen Behinderung entsprechen, den individuellen Ansprüchen genügen und behinderten Menschen Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten für ihre persönliche Lebensgestaltung geben. Aktives Wohn- und Freizeitverhalten behinderter Menschen

ist nur in einer entsprechend gestalteten Umwelt mit einer funktionspezifischen räumlichen Differenzierung möglich. Das setzt ganzheitliche Lösungen mit städtebaulichen, architektonischen und Betreuungskonzepten voraus, die die Wechselbeziehung zwischen dem Aufenthalt in der Wohnung und der Teilnahme am Geschehen außerhalb der Wohnung beachten.

Aus Forschungsprojekten, aber auch durch Äußerungen der Betroffenen selbst und ihrer Organisationen ist bekannt, welche Anforderungen Gehbehinderte, Rollstuhlfahrer, stark Sehbehinderte, Blinde und geistig Behinderte an eine ihrer Behinderung entsprechende Wohnung stellen. Um Wohnungen an diese Bedürfnisse anzupassen und den Behinderten eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen, sind individuelle, auf die jeweilige Behinderung zugeschnittene Lösungen zu suchen, die vom üblichen Standard über angepaßte Ausstattungen bis zu spezifischen Sonderformen wie z. B. Wohnungen für Rollstuhlbewohner entsprechend DIN 18025, Teil 1 reichen.

Oft kann durch geringfügige bauliche Veränderungen wie z. B. durch Anbringen von Haltegriffen, Anschluß an ein Notrufsystem, Einbau einer Lichtklingelanlage für Gehörlose oder Installation eines Heimdialysegerätes ein Verbleiben Behinderter in ihrer Wohnung bewirkt werden, so daß die gewachsenen sozialen Kontakte nicht verloren gehen. Vor allem für Menschen, die eine Behinderung erst in späteren Lebensjahren erleiden, bildet die **Anpassung gegebener baulicher Anlagen** an geänderte Bedürfnisse die Voraussetzung für ihren Verbleib in ihrer vertrauten Umgebung. Die hier bestehenden Möglichkeiten sollten in der Fachöffentlichkeit, aber auch unter den Betroffenen stärker bekannt gemacht werden, zumal nur eine volle Nutzung der im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ Rechnung trägt.

7.3

Die Arbeiten zur Verbesserung der **Planungsnormen** zum Bauen für Menschen mit Behinderungen werden mit Beteiligung des Bundesministeriums für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau stetig fortgesetzt. Die DIN 18025, „barrierefreie Wohnungen“, Teil 1 mit Planungsgrundlagen für Wohnungen für Rollstuhlbewohner liegt völlig neu bearbeitet vor; sie berücksichtigt, daß die Bildung geschlossener Transportketten bereits in der Wohnung des Rollstuhlbewohners beginnen muß. Neue Entwicklungstendenzen der Wohnungsanpassung unter Einbeziehung elektronischer Hilfsmittel finden dabei angemessene Berücksichtigung. So sollen behindertengerechte Wohnungen nicht nur mit einem Notrufanschluß ausgestattet sein; vielmehr sind alle Räume so herzustellen, daß entsprechend den individuellen Nutzerbedürfnissen Fernmeldeanlagen, Hörgeräte, akustische und optische Signale und ähnliche Hilfsmittel uneingeschränkt installiert werden können.

Die DIN 18025, Teil 2 erhielt bei der Überarbeitung, die unter dem neuen Titel „Barrierefreie Wohnun-

gen" erfolgte, eine umfassendere Zielsetzung. Sie spricht damit Blinde und andere Sehbehinderte, Gehörlose und andere Hörgeschädigte, Gehbehinderte, Menschen mit sonstigen Behinderungen, ältere Menschen, Kinder, klein- und großwüchsige Menschen, d. h. alle Menschen in jeder Lebensphase, an (Beschluß des Deutschen Bundestages vom 16. Januar 1992 zur Drucksache 12/1763); damit wurde eine Norm geschaffen, die die Grundlage für den gesamten Wohnungsbau der Bundesrepublik Deutschland bilden kann. Alle Wohnungen, bei denen die genannten Grundsätze berücksichtigt werden, lassen sich ohne Schwierigkeit oder mit geringem Aufwand für jede individuelle Behinderung anpassen mit Ausnahme der schweren Mobilitätsbehinderungen der Rollstuhlbenutzer, für die DIN 18025, Teil 1 gilt. Der wichtige Rehabilitations- und Eingliederungsansatz, beim Auftreten einer Behinderung möglichst in der gewohnten Umgebung zu verbleiben, kann damit weitgehend Berücksichtigung finden.

7.4

Bei der DIN 18024, Teil 1 vom November 1974 (derzeit noch gültige Fassung), die für bauliche Maßnahmen für behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich als **Planungsgrundlage für Straßen, Plätze und Wege** gilt, wurde der Schritt zur grundsätzlichen Anerkennung als Stand der Technik bei allen derartigen Maßnahmen bereits vollzogen. Beim Neubau oder der Neugestaltung von Plätzen und Straßen sind ausreichend breite und nicht durch Hindernisse versperrte Gehwege anzulegen. Stufen sind zu vermeiden, Rampen mit rutschfesten Belägen Treppen vorzuziehen. Bordsteine im Bereich von Fußgängerüberwegen sind abzusenken, die Fußgängerampeln mit akustischen Signalen auszustatten, ausgeschilderte Behindertenparkplätze in ausreichender Zahl einzurichten, Fußgängerzonen zu schaffen oder auszubauen. Die Anforderungen dieser Norm konnten in vielen Bereichen in die Empfehlungen für die Anlage von Erschließungsstraßen — EAE 85 — aufgenommen werden. Es kann demzufolge heute davon ausgegangen werden, daß hier bei der Neuanlage und beim weiteren Ausbau ohne besonderen Hinweis bereits viele Belange der Behinderten berücksichtigt werden.

DIN 18024, Teil 2 legt die Planungsgrundlagen für bauliche Maßnahmen für behinderte und alte Menschen bei öffentlich zugänglichen Gebäuden fest. Beim Neubau derartiger Gebäude — hierzu zählen auch Arztpraxen, Geschäfte, Gaststätten, Cafés u. ä. — sind Eingangstreppen zu vermeiden, genügend breite Türen, Ruhebänke in ausreichender Zahl, Behindertentoiletten, Bedienungsinstrumente für Rollstuhlfahrer in erreichbarer Höhe, behindertengerechte Fahrstühle zu installieren und durch entsprechende Beschilderungen für die Behinderten kenntlich zu machen. Auch die erforderlichen Sondereinrichtungen für Sehbehinderte und Hörgeschädigte sind zu schaffen. Zur Zeit wird diese Norm überarbeitet; dabei wird unter anderem das Ziel verfolgt, ähnlich wie bei den beiden unmittelbar zuvor erwähnten Normen besser die allgemeine Gültigkeit

und Umsetzung in die Baupraxis und Gebäudemodernisierung zu erreichen. Das Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau unterstützt das Deutsche Institut für Normung e. V. hierbei durch aktive personelle Mitarbeit und durch Zuwendungen. Die DIN 18024 heißt künftig barrierefreies Bauen, Teil 1: öffentlicher Verkehrsraum, Teil 2: öffentlich zugängliche Gebäude und Arbeitsstätten.

Aufgrund der Gesetzgebungskompetenz zur Bauordnung und zur Bauförderung können verbindliche Vorschriften bezüglich des barrierefreien Bauens nur von den Bundesländern eingeführt werden; hinsichtlich der Norm DIN 18025 Teil 2 ist dies in Schleswig-Holstein für den öffentlich geförderten Wohnungsbau, in Hessen für alle dafür geeigneten Mietwohnungen vorgesehen. Bei allen Neubauten des Bundes werden die Planungsnormen für den öffentlichen Bereich (DIN 18024) und für den Wohnungsbau (DIN 18025) angewendet. Ein großer Anpassungsbedarf besteht aber noch bei den öffentlich zugänglichen Gebäuden insbesondere in den neuen Bundesländern, aber auch bei allen Gebäuden, die sich in der Hand von Privatpersonen und Gesellschaften befinden.

7.5

Mit Forschungsprojekten des Bundesministeriums für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau im Rahmen der technischen Bau- und Wohnforschung wurden grundlegende Erkenntnisse erarbeitet für einen hohen Qualitätsstandard des behindertengerechten Wohnens einerseits und des barrierefreien Bauens und Wohnens für alle Menschen andererseits.

Das Forschungsprogramm „**Experimenteller Wohnungs- und Städtebau**“ des Ministeriums geht von der absehbar wachsenden Zahl alter und behinderter Menschen und der Zielsetzung aus, daß gesundheitsbedingte Einschränkungen der Bewegungsfreiheit nicht zwangsläufig zur Wohnungsaufgabe führen dürfen. Durch die räumliche Integration von Serviceeinrichtungen und Sonderwohnformen in den Wohnbestand kann eine Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen behinderter und älterer Menschen erreicht werden. Als Ergänzung zur DIN 18025, Teil 1 werden daher Konzepte entwickelt, die über die technischen Lösungsbeiträge hinaus dazu beitragen, daß behinderte und ältere Menschen weiter an der vertrauten räumlichen und sozialen Umgebung teilhaben können.

Im Forschungsfeld „Ältere Menschen und ihr Wohnquartier“ des genannten Forschungsprogramms sind seit 1989 in 21 Modellvorhaben Erkenntnisse und Ergebnisse erzielt worden, die heute schon absehbar wichtige Impulse für eine sozialorientierte Stadterneuerungs- und Wohnungspolitik geben. Sie sollen behinderten und älteren Menschen die Wahlfreiheit zurückgeben, sich persönlich für ihre Wohnung und ihre Wohnumgebung entscheiden zu können. Das Ziel der gesellschaftlichen Eingliederung kann, so haben die Modellvorhaben gezeigt, in hohem Maße verwirklicht werden.

Bei der Schaffung, Anpassung und städtebaulichen Integration familien- und altengerechter Wohnungen hat sich die enge und frühzeitige Kooperation von Städten, Architekten und Wohnungswirtschaft bewährt; sie sollte auch bei der Schaffung einer behindertengerechten Umwelt selbstverständlich werden und in den Städten Wohnungs-, Planungs-, Bauaufsichts- und Sozialämter einbeziehen. Bei Neubau, Sanierung oder Modernisierung sollten immer auch Wohnungen für Behinderte vorgesehen werden, wenn Lage und Wohnumgebung für Behinderte geeignet sind. Bei der Auslobung städtebaulicher Wettbewerbe oder Wohnungsbauwettbewerbe sollte behindertenfreundliche und behindertengerechte Gestaltung als Kriterium eingeführt werden.

7.6

Im sozialen Wohnungsbau nach dem **Zweiten Wohnungsbaugesetz** werden Eigentumsmaßnahmen und Neubau von Mietwohnungen gefördert; dabei wird den besonderen Schwierigkeiten Behinderter bei der Versorgung mit angemessenem Wohnraum Rechnung getragen und das Ziel verfolgt, ihre Möglichkeiten für ein möglichst selbständiges Wohnen und Leben in der Gemeinschaft einschließlich der im Einzelfall notwendigen Hilfe zu verbessern. Bei der Bestimmung des Kreises der Personen, zu deren Gunsten der soziale Wohnungsbau gefördert werden soll, werden Behinderten erweiterte Einkommensgrenzen eingeräumt; so erhöht sich die Einkommensgrenze im öffentlich geförderten sozialen Wohnungsbau für Schwerbehinderte und Gleichgestellte um je 4 200 DM, bei einem Behinderungsgrad von wenigstens 80 um je 9 000 DM. Dies hat auch Auswirkungen auf die Förderung im sog. 2. Förderungsweg, in dem diese Einkommensgrenzen ab 1. Januar 1992 um 60 v. H. überschritten werden dürfen. Für die „vereinbarte Förderung“ treffen die Länder eigenverantwortlich Vorgaben. Auch können sie zugunsten Schwerbehinderter ausnahmsweise den Erwerb vorhandenen Wohnraums fördern und damit ihnen — wie auch kinderreichen Familien — eine angemessene Versorgung erleichtern. Das bei der Eigenheimförderung auf Antrag gewährte sog. „Familienzusatzdarlehen“ erhöht sich um je 2 000 DM, wenn zum Familienhaushalt ein Schwerbehinderter gehört.

Bei der Förderung im sozialen Wohnungsbau grundsätzlich vorgegebene Wohnflächengrenzen können überschritten werden, wenn ein Mehrbedarf aufgrund besonderer persönlicher Bedürfnisse dies erfordert; vor allem bei Schwerbehinderung kann ein derartiger Mehrbedarf in Betracht kommen. Zudem können bei behinderungsbedingten zusätzlichen Baumaßnahmen und dadurch erhöhten Baukosten im Rahmen der jeweiligen Förderungsbestimmungen weitere Finanzierungsmittel gewährt werden. Die Durchführung der Förderungsmaßnahmen und damit auch die Bemessung der Förderungsleistungen im Einzelfall ist nach der bundesstaatlichen Kompetenzverteilung Aufgabe der Länder; der Bund stellt den Ländern für den sozialen Wohnungsbau jährlich erhebliche Finanzhilfen zur Verfügung.

Im Rahmen der steuerlichen Wohneigentumsförderung gibt es zwar keine gesonderten „Abschreibungsmöglichkeiten“ für Behinderte; höhere Baukosten, die durch behinderungsbedingt höheren Bauaufwand entstehen, führen jedoch auch zu höheren Abzugsbeträgen. Durch das Steueränderungsgesetz 1992 wurde ein neuer Fördertatbestand in das Einkommensteuergesetz aufgenommen, der die Herstellung von Wohnungen im selbstgenutzten Gebäudebestand begünstigt, die unentgeltlich an nahe Angehörige überlassen werden. Diese Maßnahme, mit der das Wohnen mehrerer Generationen „unter einem Dach“ und die gegenseitige Hilfe und Unterstützung erleichtert wird, kann gerade zugunsten Behinderter im Sinne des Ziels einer möglichst selbstständigen Lebensführung und gleichwertigen gesellschaftlichen Teilhabe wirken.

Der Bund kann Bürgschaften, Garantien oder andere Gewährleistungen nicht nur für Wohnungsneubauten, sondern auch für den Erwerb vorhandener Wohnungen insbesondere durch Schwerbehinderte übernehmen.

7.7

Die Förderung von **Mietwohnungen im sozialen Wohnungsbau** ist mit Mietpreis- und Belegungsbindungen zugunsten wohnungsberechtigter Wohnungssuchender verbunden. Zugunsten Schwerbehinderter wirken sich auch hier erhöhte Einkommensgrenzen aus, ebenso die Berücksichtigung behinderungsbedingten Mehrbedarfs bei Wohnfläche oder Raumzahl. Gerade für Schwerbehinderte kann eine erhebliche Erleichterung bedeuten, daß in Fällen der Unterbelegung größerer Sozialmietwohnungen der Wohnungstausch unabhängig vom Einkommen des Tauschwilligen ermöglicht wird; auf diese Weise können Behinderte leichter eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohnung in der von ihnen gewünschten Umgebung, insbesondere in der Nähe von Angehörigen, erhalten.

Allgemein ist nunmehr eine vordringliche Vergabe von Sozialmietwohnungen an Schwerbehinderte vorgesehen, soweit den zuständigen Stellen gesetzliche oder vertragliche Belegungsrechte zustehen. Dies gilt entsprechend auch in den neuen Ländern.

In den alten Bundesländern wurde allein 1982 bis 1989 die Schaffung von über 14 000 Wohnungen und über 3 000 Heimplätzen mit Zweckbindung zugunsten Behinderter gefördert, 1990 und 1991 insgesamt rund 5 000 Wohnungen und 1 000 Heimplätze mit entsprechender Zweckbindung (gesamtes Bundesgebiet).

7.8

Wohngeld wird zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens als Miet- oder Lastenzuschuß zu den Wohnaufwendungen gezahlt. Anspruch und Höhe des Wohngelds hängen unter anderem ab vom Familieneinkommen; bei der Ermittlung des Jahreseinkommens wird zugunsten

haushaltsangehöriger Schwerbehinderter mit einem Grad der Behinderung von 100 oder von wenigstens 80, wenn der Schwerbehinderte häuslich pflegebedürftig im Sinne des § 69 Abs. 3 Satz 1 Bundessozialhilfegesetz ist, ein Freibetrag von je 3 000 DM gewährt (§ 16 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Wohngeldgesetz).

Diese Freibetragsregelung ist mit Wirkung zum 1. Januar 1993 durch Änderung des Wohngeldsondergesetzes (§ 11a Abs. 1 Ziffer 2 Wohngeldsondergesetz) auch in den neuen Ländern eingeführt worden. Das Wohngeldgesetz gewährt im übrigen einen Freibetrag von je 2 400 DM bei einem Grad der Behinderung von 80 bis unter 100 oder von 50 bis unter 80, wenn Schwerbehinderte häuslich pflegebedürftig im Sinne von § 69 Abs. 3 Satz 1 Bundessozialhilfegesetz sind.

7.9

Als **Wohnformen für Behinderte** kommen in Betracht

- barrierefreies Wohnen gemäß DIN 18025, Teil 1 oder Teil 2 mit stufenlosem Zugang, gleitsicheren Fußbodenbelägen, Mindestbreiten bei Türen, Aufzügen, Gängen, Sanitärräumen und Balkonen,
- barrierefreie Wohnungsanpassung mit zusätzlicher spezieller Wohnungsausstattung entsprechend dem individuellen Bedarf der Behinderten,
- behindertengerechte Wohnungen für schwer Körperbehinderte, insbesondere für Rollstuhlfahrer (DIN 18025, Teil 1),
- Gruppenwohnungen für Geistig- und zum Teil auch Körperbehinderte,
- Wohnräume für Behinderte, die nur partiell auf Hilfe oder Pflege angewiesen sind, im übrigen aber ein selbständiges Leben führen können (DIN 18025, Teil 2),
- Wohnheime für Behinderte (z. B. an Werkstätten für Behinderte)
- Pflegeheime und Anstalten für besonders Pflegebedürftige.

Welche dieser Formen zu wählen ist, richtet sich jeweils nach der Behinderung sowie den individuellen Bedürfnissen; dabei sind auch die Beziehungen der Behinderten zu ihrer Umwelt zu berücksichtigen. Ein großer Teil behinderter Erwachsener wohnt im Elternhaus, von den geistig behinderten Menschen nach einer Schätzung 70 v. H.; der Hilfebedarf wird hier in der Regel durch Familienangehörige gedeckt, während ambulante Hilfen seltener in Anspruch genommen werden, da diese zum Teil nicht verfügbar sind oder dem individuellen Hilfebedarf nicht entsprechen.

7.10

Soweit Behinderte im Zusammenhang mit ihrer Wohnung Betreuung und Pflege benötigen, reicht das Angebot von stationären Wohnformen wie Anstalten,

Wohnheimen und Pflegeeinrichtungen über offene Wohnformen wie Wohngemeinschaften und betreutes Einzelwohnen bis zu individuellem Wohnen allein oder in Gemeinschaft in der eigenen Wohnung. Entsprechend der Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe wird zwischen folgenden Wohnformen für Behinderte unterschieden:

- In **gruppengegliederten Wohnheimen** werden unabhängig von der Größe der Gesamteinrichtung in der Regel räumlich zusammengefaßt maximal 4 bis 6 Gruppen betreut, in denen jeweils 8 bis 12 Behinderte leben. Das gruppengegliederte Wohnheim zeichnet sich dadurch aus, daß die Wohngruppen je nach Art und Schwere der Behinderung und dem Grad der Selbständigkeit differenziert sind. Betreuungsbedürftige werden in der für mehrere Gruppen bestehenden Kerneinheit des Wohnheims betreut, Bewohner mit größerer Selbständigkeit in Außenwohngruppen.
- **Außenwohngruppen** sind dem Wohnheim unmittelbar organisatorisch zugeordnete Außenstellen, denen zwar das umfassende Förderangebot des Wohnheims zur Verfügung steht, jedoch nur in Teilbereichen von den Behinderten in Anspruch genommen wird; Betreuungsziel ist die weitere Verselbständigung und möglichst die gänzliche Entlassung aus einer heimmäßigen Betreuung.
- Zu einem solchen Wohnheim können auch **Trainingswohnungen** gehören, in denen Behinderte ihre weitere Verselbständigung trainieren können, während bei Erfüllung der persönlichen und organisatorischen Voraussetzungen die Heimbetreuung rechtlich fortbesteht.
- In **betreuten Wohngemeinschaften** leben mehrere Behinderte zusammen; sie werden vom Träger dieser Einrichtungen — weniger intensiv und mit anderer Zielrichtung als in einem Wohnheim — betreut und in ihrer selbständigen Lebensweise unterstützt.
- Bei **betreutem Einzelwohnen** wird der Behinderte in seinem persönlichen Wohnumfeld, in dem er allein oder zusammen mit anderen behinderten oder nichtbehinderten Personen lebt, von einem sozialen Dienst oder einer Einrichtung betreut.

7.11

Bei der Ausgestaltung und **Entwicklung von Wohnformen und -möglichkeiten** lassen sich folgende Tendenzen feststellen:

- Für Anstalten und Pflegeheime wird die Schaffung kleinerer überschaubarer Wohneinheiten innerhalb eines Geländes fortgesetzt, mit Gruppenstrukturen und mehr privaten Gestaltungsmöglichkeiten. Mit Ortsteil- und Satellitenkonzeptionen wird eine stärkere Öffnung und Einbindung in „normale“ Lebensverhältnisse angestrebt.
- Wohnheime orientieren sich zunehmend an einer kleinen Gruppenstruktur mit entsprechender

baulicher und funktionaler Differenzierung. Neueinrichtungen streben kleinere Gesamteinheiten an, mit einer maximalen Bewohnerzahl von 25.

- Mit betreuten Wohngemeinschaften und betreutem Einzelwohnen sollen Angebote geschaffen werden, die dem Bedürfnis nach selbstbestimmten Lebensformen stärker Rechnung tragen.
- Die Entwicklung eines differenzierten Angebotes an offenen Wohnformen soll auch schwerer Behinderten die Möglichkeit gemeindenahen Wohnens bieten.

Die Zahl der Heimunterbringungen könnte nach verbreiteter Einschätzung zunehmend gesenkt werden. Von vielen behinderten — auch schwerstbehinderten — Menschen selbst wird der Ausbau individueller Wohnformen gefordert; dieser Prozeß setzt den Aufbau ambulanter Dienste voraus, die die Betroffenen weitgehend beteiligen und deren persönliche und soziale Kompetenz stärken.

7.12

Am 30. Juni 1992 gab es im Bundesgebiet nach § 1 des Heimgesetzes 2212 **Heime für erwachsene behinderte Menschen** mit 118 231 Heimplätzen, davon 392 Einrichtungen mit 21991 Plätzen in den neuen Ländern (ohne Berlin).

Bundesland	Anzahl	Plätze
Baden-Württemberg ...	117	10 755
Bayern.....	326	18 087
Berlin.....	58	1 979
Brandenburg.....	164	7 932
Bremen.....	69	1 321
Hamburg.....	104	3 432
Hessen.....	249	8 997
Mecklenburg-Vorpommern.....	45	2 105
Niedersachsen.....	324	16 800
Nordrhein-Westfalen...	331	22 611
Rheinland-Pfalz.....	107	8 040
Saarland.....	18	800
Sachsen.....	56	2 716
Sachsen-Anhalt.....	74	6 556
Schleswig-Holstein....	117	3 418
Thüringen.....	53	2 682
Bundesgebiet.....	2 212	118 231

Eine nicht genauer zu benennende Zahl vor allem pflegebedürftiger behinderter Menschen ist in psy-

chiatrischen und neurologischen Krankenhäusern, in geriatrischen Kliniken sowie in Altenpflegeheimen untergebracht. Hierzu haben einzelne Erhebungen auf örtlicher oder regionaler Ebene ergeben, daß es bei akutem Unterbringungsbedarf in Notsituationen immer wieder zu (meist langfristig bestehenbleibenden) Fehlbelegungen kommt, weil es entweder keine geeigneten Angebote für jüngere Behinderte in Wohnortnähe der Familie gibt oder die vorhandenen Einrichtungen keine freien Kapazitäten haben, da die Plätze zum überwiegenden Teil für längere Zeit besetzt bleiben.

7.13

In dem Bemühen, auch die Situation behinderter Menschen in Heimen zu verbessern, ist 1990 das **Heimgesetz** und 1992 die **Heimmitwirkungsverordnung** novelliert worden. Von besonderem Interesse ist die Einführung eines Heimfürsprechers. Dieser wird bestellt, wenn in einem Heim insbesondere wegen Krankheit oder Behinderung der Bewohner ein Heimbeirat nicht gebildet werden kann; damit soll gewährleistet werden, daß Heimbewohner, die sich nicht selbst vertreten können, eine Interessenvertretung erhalten, die ihre besonderen Wünsche und Bedürfnisse gegenüber dem Heimträger oder der Heimleitung artikuliert und durchsetzt.

Das Bundesministerium für Familie und Senioren hat durch Rechtsverordnung Mindestanforderungen an die Eignung des Leiters eines Heimes und seiner Beschäftigten festgelegt. Die Heimpersonalverordnung, die am 1. Oktober 1993 in Kraft getreten ist, sieht auch den Anteil von Fachkräften bei Betreuungsaufgaben in Heimen und Regelungen über die Fort- und Weiterbildung sowie Nachqualifizierung des Personals vor. Heime und Anstalten haben nach wie vor eine große Bedeutung als Wohn- und Unterbringungsmöglichkeit; daher gilt es, die Auflockerung der Heimstrukturen durch bauliche und organisatorische Veränderungen fortzusetzen und die Umgestaltung großer Einheiten in differenzierte und möglichst familienähnliche Strukturen zu unterstützen.

7.14

Den umfangreichen Wohnangeboten in Heimen, Anstalten und Wohnheimen stehen im Bundesdurchschnitt 87 Plätze je 1 Mio Einwohner in Wohngemeinschaften und Außenwohngruppen und damit konzeptionell besonders an den Grundsätzen der Regionalisierung, der Integration und der selbständigen Lebensführung ausgerichteten Angeboten gegenüber.

Verbände und Träger bemühen sich verstärkt um den Ausbau differenzierter Angebote. Allerdings dürften die in den vergangenen Jahren neu geschaffenen Wohnheimplätze vor allem von bisher familiär versorgten Behinderten belegt worden sein; dies liegt nahe angesichts der Altersstruktur vieler pflegender Eltern und Angehöriger. Die „Reintegration“ oder „Zurückgliederung“ von Behinderten aus Anstalten,

Heimen und Pflegeheimen, wie immer wieder gefordert, ist demgegenüber noch nicht in einem nennenswerten Umfang erfolgt. Das Problem der Fehlplatzierung mit den negativen Folgen für die psychosoziale Situation der Betroffenen und ihre Rehabilitationschancen bedarf dringend der Lösung, zumal sich die Lage in den kommenden Jahren noch verschärfen wird, wenn die Nachfrage nach Wohnmöglichkeiten auch für Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen deutlich steigen wird, weil die Betreuung in der Familie aus Altersgründen nicht mehr geleistet werden kann oder bei Erwachsenen der Wunsch nach Ablösung aus der Familie besteht.

Neue Wohnkonzepte für schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen außerhalb großer zentraler Einrichtungen mit einer gesicherten kontinuierlichen Betreuung und sozialen Kontakten, aber auch der Möglichkeit des Rückzugs in die Privatsphäre werden in einem Modellprojekt zur Einrichtung von Wohngruppen für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung in einem Stadtteil erarbeitet, das gemeinsam vom Landesverband der Lebenshilfe Berlin und dem Bundesministerium für Familie und Senioren in Berlin gefördert wird. Bereits 1981 richtete die Berliner Spastikerhilfe eine Wohngruppe in einer Mietwohnung eines innerstädtischen Bezirkes ein, in der seither auch schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen leben; ähnliche Konzeptionen wurden in Köln und Hamburg verwirklicht. Offene Wohnformen kommen also nicht nur für Menschen mit weniger schweren Behinderungen in Frage; neue Wohnformen sollten daher auch für schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen geplant und gestaltet werden.

7.15

Die in der Bundesrepublik Deutschland angebotenen Wohneinrichtungen für behinderte Menschen sind überwiegend **Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege**, die die Entwicklung zu immer selbständigeren Wohnformen für Behinderte innerhalb, aber auch außerhalb von Heimen wesentlich mitgestalten und dazu beitragen, daß die Vorstellungen über angemessenes Wohnen behinderter Menschen deutliche Veränderungen erfahren haben und sich weiter wandeln. Neben den Großeinrichtungen, die für die Bewohner einen geschlossenen Lebenszusammenhang von Wohnen, Arbeit und Freizeit bilden, ist eine große Zahl von kleineren Heimen entstanden, deren Angebot sich auf das Wohnen beschränkt, so daß Arbeit, Freizeit, Bildung und Kultur im sozialen Umfeld erschlossen werden.

Die Bundesregierung unterstützt die weitere Verbesserung der Wohnmöglichkeiten für behinderte und alte Menschen dadurch, daß Grundstücke des Bundes für Pflegeheime, Altenheime und Altenwohnungen verbilligt veräußert werden können.

Die Versorgung von Behinderten mit behindertengerechtem Wohnraum nimmt einen großen Raum auch in der kommunalen Behindertenhilfe ein. Trotz der auf dem Wohnungsmarkt insgesamt bestehenden Schwierigkeiten haben die Städte u. a. durch den An-

kauf geeigneter Häuser, Umzugsbeihilfen, Übernahme von Mietgarantien, Verhandlungen mit gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften sowie Bau und Umbau behindertenfreundlicher und behindertengerechter Wohnungen zahlreiche Anstrengungen unternommen, um Wohnraum für Behinderte zu schaffen. Begleitet wurden diese Maßnahmen durch wirtschaftliche und sozialpädagogische Hilfen. Diese positiven Beispiele zu verwirklichen, wird bei insgesamt wachsenden Wohnungsversorgungsproblemen allerdings immer schwieriger.

Offene und individuelle Wohnformen werden noch nicht in ausreichender Zahl angeboten. Nach Einschätzung der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, der Elternverbände und der Selbsthilfegruppen betroffener Behinderter wird dies nicht dem auch im Bundessozialhilfegesetz verankerten Wahlrecht der Hilfeempfänger gerecht, denn die für das Leben aller — auch behinderter — Menschen elementare Entscheidung über den Lebensort kann bei dieser Angebotslage vielfach nicht von ihnen selbst getroffen werden. Vor allem für schwerstbehinderte Menschen bleibt als Alternative zur familiären Betreuung bisher vielfach nur das Pflegeheim, da vor allem ambulante Dienste mit flexiblem Hilfeangebot fehlen.

Der Mangel an angepaßten Wohnungen trifft insbesondere auch behinderte Menschen in den neuen Bundesländern. Die dort verstärkt einsetzende Bautätigkeit in Verbindung mit den finanziellen Leistungen des Bundes bietet eine Chance, von vornherein die Belange behinderter Menschen zu berücksichtigen.

7.16

Für den Ausbau und die **Weiterentwicklung offener Wohnformen** bestehen allerdings nach wie vor Probleme

- bei der Finanzierung,
- durch die daraus folgenden Einschränkungen und Auflagen bei der inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung,
- durch die oft integrationshemmenden Gegebenheiten der sozialen Umwelt,
- wegen mangelnder Vorbereitung der behinderten Bewohner in Elternhaus und Schule auf die Anforderungen selbständiger Lebensgestaltung,
- durch die noch nicht voll gelösten Fragen der Integration auch schwer- und schwerstbehinderter Menschen in offene Wohnformen,
- aufgrund des spezifischen Bedarfs der Mitarbeiter und Betreuer an Fortbildung, um neue, unter Umständen belastende Anforderungen adäquat bewältigen zu können, und
- durch mit hohem finanziellen Aufwand geschaffene Kapazitäten in Großeinrichtungen, deren Investitionsvolumen Veränderungen im Wege steht.

7.17

Bei einer Umfrage zur **Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung** im Rahmen eines Berliner Forschungsprojekts ergab sich, daß fast 17 v.H. der Personen mit geistiger Behinderung in klinischen und pflegerischen Einrichtungen fehlplaziert sind. Dabei zeigen die Unterschiede zwischen Berlin/Ost mit fast 25 v.H. und Berlin/West mit 9 v.H. beispielhaft die schwierige Situation in den neuen Ländern. Fast identisch mit jeweils etwa 52 v.H. ist in Ost- und Westberlin die Zahl der geistig Behinderten, die in der Familie betreut werden.

Allen Menschen mit einer geistigen Behinderung sollte die Wahl ihrer Wohnform im Rahmen ihrer Fähigkeiten ermöglicht werden. Das macht erforderlich, daß z.B. für die heranwachsenden Menschen mit geistiger Behinderung, die nicht mehr im Elternhaus leben wollen oder können, Angebote an Plätzen in entsprechenden Wohneinrichtungen zur Verfügung stehen. Das Anrecht auf einen solchen Platz in einer offenen und gemeindenahen Wohneinrichtung darf nicht abhängig gemacht werden von einer Tätigkeit, z.B. in einer Werkstatt für Behinderte. Scheiden ältere Behinderte aus einer Werkstatt aus, leben aber weiter in dem der Werkstatt zugeordneten Wohnheim, führt dies zu Problemen. Sofern nur einzelne ältere Behinderte ausscheiden, ergeben sich für die Einrichtungen erhebliche Schwierigkeiten, diesen ein Betreuungsangebot während der allgemeinen Arbeitszeit in der Werkstatt für Behinderte zu machen. Leben aber in größerer Zahl nicht mehr in der Werkstatt tätige Behinderte weiter in dem angeschlossenen Wohnheim, können keine jungen Behinderten aufgenommen werden, die auch einen Platz im Wohnheim benötigen.

In den kommenden Jahren werden viele Plätze in gemeindenahen und offenen Wohneinrichtungen benötigt, weil starke Jahrgänge der 50er Jahre in ihren Familien nicht mehr versorgt werden können, da die Eltern altersbedingt überfordert sind oder versterben. Den derzeit etwa 13 000 Plätzen in rund 650 offenen und gemeindenahen Wohneinrichtungen für erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung steht nach Einschätzung der Bundesvereinigung Lebenshilfe ein kurzfristiger Fehlbedarf von etwa 15 000 bis 20 000 Plätzen gegenüber mit eindeutig steigender Tendenz für die Folgejahre. Als Lösung eignen sich besonders kleine, innerhalb der Nachbarschaft in Wohngebieten liegende offene Wohneinheiten, möglichst im Rahmen eines Wohnstättenverbands von gruppengegliederten Wohnheimen, Wohnstätten oder Wohnhäusern, Gruppenwohnungen oder Wohngemeinschaften sowie Einzel-/Paarwohnungen oder Eltern-Kind-Wohnungen. Dabei ist sinnvoll, verstärkt Angebote ambulant betreuten Einzel- und Gruppenwohnens zu schaffen, und zwar als Ergänzung des Netzes vorhandener gruppengliederter Wohnheime und Gruppenwohnungen im Sinne eines möglichst ausdifferenzierten Wohnverbandsystems.

Ebenfalls dringend ist die Verstärkung des Ausbaus von Kurzzeitunterbringung bei Notsituationen oder besonderen Situationen in der Familie (z.B. Krank-

heit, Urlaub) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Auch für schwer geistig Behinderte und alte Menschen mit einer geistigen Behinderung sowie für fehlplazierte Menschen mit einer geistigen Behinderung in Einrichtungen der Psychiatrie muß ein differenziertes und gemeindenahes offenes Wohnangebot geschaffen werden.

7.18

Für die **Wohnversorgung psychisch Behinderter** entsprechen große Heime und Anstalten vielfach nicht den Lebensbedürfnissen der dort Untergebrachten. Eine nicht geringe Zahl psychisch Kranker und Behinderter benötigt zur Integration in gemeinschaftliche Lebensformen und zur beruflichen Eingliederung konkrete Hilfen in Form eines gestuften Angebots unterschiedlicher Wohnformen, insbesondere beschützte Einzelwohnungen, beschützte Wohngruppen, Wohngemeinschaften, Wohn- und Übergangsheime. Die Zuweisung zu den einzelnen beschützten Wohnformen muß sich an den individuellen Fähigkeiten der Kranken und Behinderten ausrichten, nicht an sachfremden Vorgaben wie beispielsweise der Kostenzuständigkeit. So sollen im Land Brandenburg den in Einrichtungen der Psychiatrie z. Zt. noch fehlplazierten Behinderten Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden, um sie zu einem selbstbestimmten Leben zu befähigen; als Modellvorhaben hierbei gelten das Integrationsdorf Mark Zwuschen oder der Reha-Betrieb Markee, in denen Behinderte zusammen mit Nichtbehinderten wohnen und arbeiten.

7.19

In den **neuen Bundesländern** war und ist die Wohnsituation für behinderte Menschen besonders problematisch. Aufgrund der wenigen behindertengerechten Wohnungen (1989 etwa 5 000), eines allgemein niedrigen Wohnstandards und fehlender Plätze in Wohnheimen für Behinderte leben viele behinderte Erwachsene, vor allem schwer- und mehrfach Behinderte, in (Alten-)Pflegeheimen und psychiatrischen Krankenhäusern. Ebenso wie in den alten Bundesländern lebt eine große Zahl behinderter Erwachsener (geschätzt werden 50 bis 60 v.H. aller Behinderten), insbesondere geistig behinderter Menschen, im Elternhaus. Der Hilfebedarf wird fast ausschließlich von Familienangehörigen gedeckt, zumal es ambulante Hilfen wie etwa familienentlastende Dienste in der DDR nicht gab. Für eine wachsende Zahl von Behinderten werden (z.B. bei Ausfall der Betreuungsperson, Zunahme des Pflegebedarfs, Wunsch nach selbständigem Wohnen außerhalb der Familie) in den nächsten Jahren ebenfalls Wohnmöglichkeiten geschaffen werden müssen. Der Aufbau entsprechender Strukturen steht noch ganz am Anfang und wird dem großen Bedarf keinesfalls gerecht.

Völlig unzureichend entwickelt waren Wohnmöglichkeiten für geistig sowie schwer- und mehrfachbehinderte Erwachsene. 1989/1990

- standen für erwachsene Behinderte lediglich 4 500 Dauerwohnplätze in staatlichen Behinderteneinrichtungen und etwa 4 000 Plätze in konfessionellen Einrichtungen zu Verfügung; diese Dauerwohnplätze deckten knapp 20 v. H. des geschätzten Bedarfs,
- waren aus Mangel an Alternativen 16 500 erwachsene Behinderte (18 bis unter 60 Jahre) und etwa 1 500 Kinder in Altenpflegeheimen untergebracht, wo sie weder angemessen betreut noch gefördert werden konnten,
- waren etwa 4 000 Plätze in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche ebenfalls mit erwachsenen Behinderten belegt,
- muß nach bisherigen Schätzungen von etwa 6 000 Erwachsenen, überwiegend mit geistiger Behinderung, in psychiatrischen Krankenhäusern und Einrichtungen ausgegangen werden, die dort fehlplaziert sind.

7.20

Im Rahmen des **Soforthilfeprogramms** der Bundesregierung wurden für den Bereich der Alten- und Behindertenhilfe 1991 42 Mio DM eingesetzt. Weitere 15 Mio DM wurden für Ausstattungshilfen im Bereich der Pflege- und Wirtschaftstechnik für die bestehenden stationären Einrichtungen in staatlicher und freier Trägerschaft zur Verfügung gestellt. Hinzu kamen weitere 15 Mio DM für kleinere bauliche Dringlichkeitsinvestitionen. Auch 1992 wurde das Soforthilfeprogramm mit 15 Mio DM weitergeführt.

Erste positive Veränderungen hat es in den vergangenen zwei Jahren durch Schaffung neuer Plätze, Trägerwechsel von Einrichtungen, Umstrukturierungen u. a. bei den Wohnmöglichkeiten für jüngere Behinderte gegeben, die bisher in Altenpflegeheimen gelebt haben. Nach vorläufigen Angaben der Länder hat sich die Zahl von 16 500 im Jahr 1989 auf etwa 12 000 bis 13 000 im September 1992 verringert. Ebenfalls Veränderungen haben sich bereits bei der Umstrukturierung und Neuschaffung von Plätzen im Bereich der Behindertenheime (überwiegend Wohnheime für schwerbehinderte pflegebedürftige Erwachsene) ergeben. Allerdings dürfen derartige Entwicklungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht überbewertet werden, da sich die Behindertenhilfe in den neuen Ländern zur Zeit noch in einer Phase der Umstrukturierung befindet. Die Länder sind auf der Suche nach eigenen Konzepten und Umsetzungsmöglichkeiten für die verschiedenen Bereiche der Behindertenhilfe, so auch für den Wohnbereich.

So fördert das Land Brandenburg den Neubau sowie Um- und Ausbau der Behinderteneinrichtungen, insbesondere von Wohnstätten für Behinderte, die z. T. in einem sehr schlechten baulichen Zustand sind. Zur Zeit gibt es über 100 solcher Einrichtungen, die schrittweise den Erfordernissen der Heim-Mindestbau-Verordnung angeglichen werden müssen. Als Ziel werden differenzierte Wohnangebote für alle geistig behinderten, psychisch kranken und mehrfachbehinderten Menschen angestrebt, z. B. betreu-

tes Einzel- und Paarwohnen, Wohngemeinschaften, Außenwohngruppen oder Wohnstätten im Sinne von Heimen. Dabei hat Vorrang die Dezentralisierung und Entflechtung von Großeinrichtungen mit der Maßgabe, Wohnstätten mit 24 bis 40 Plätzen zu schaffen. Gleichzeitig wird das Ziel verfolgt, für die zur Zeit in Altenpflegeheimen und Landeskliniken fehlplazierten geistig behinderten Menschen der Art und Schwere ihrer Behinderung entsprechende Wohnstätten zu errichten.

Ziel muß es sein, für Menschen mit verschiedenen Behinderungsarten in den nächsten Jahren schrittweise differenzierte Wohnangebote auch in den neuen Ländern zu schaffen. Die Entwicklungstendenzen, die für die Länder der alten Bundesrepublik im Wohnstättenbereich dargestellt wurden, zeigen sich in den neuen Ländern bisher nur punktuell; sie geben jedoch Anhalts- und Orientierungshilfe für begonnene Umstrukturierungs- und Entwicklungsprozesse in den neuen Ländern.

Genauere Aussagen zur Situation der Behindertenhilfe und insbesondere der Wohnstättenversorgung in den neuen Ländern werden erst möglich sein, wenn Mitte 1994 die Ergebnisse einer Untersuchung, die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren durchgeführt wird, zur Verfügung stehen und die Länder ihre Bestandsaufnahmen und Bedarfsanalysen abgeschlossen haben.

7.21

In der gegenwärtigen **Entwicklung sind in den neuen Ländern** folgende Tendenzen und Probleme kennzeichnend:

- In fast allen Bereichen der Behindertenhilfe besteht eine große Diskrepanz zwischen dem Bedarf an Plätzen, Einrichtungen und anderen Hilfen und den derzeit vorhanden Möglichkeiten. Darüber hinaus geht es vielerorts zunächst einmal darum, die Betreuung mit den vorhandenen Kapazitäten überhaupt sicherzustellen. Daher müssen die neuen Länder gleichzeitig in zweierlei Hinsicht wirksam werden: Einerseits sind langfristige Konzepte zu entwickeln, andererseits gilt es, die tägliche Versorgung abzusichern. Dies ist mit vielfältigen Problemen — schlechter baulicher Zustand vieler Einrichtungen, Finanzierungsprobleme, offene Fragen der Trägerschaft, Perspektiven des Personals — verbunden.
- Ziel ist es, beim Aufbau neuer Wohnstrukturen direkt an die Konzepte dezentraler Wohneinheiten anzuknüpfen, so wie sie bereits in den alten Ländern zum Tragen kommen; allerdings müssen zunächst einmal Mittel in bestehende, nicht selten große Einrichtungen investiert werden, um deren Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Bei der Schaffung neuer differenzierter Wohnformen kommen neben diesen spezifischen Problemen zusätzlich noch die Schwierigkeiten hinzu, mit denen auch die alten Länder zu kämpfen haben, beispielsweise Fragen der Finanzierung im nichtstationären Bereich und der sozialen Akzeptanz behinderter Menschen in einem entspre-

chenden Wohnumfeld sowie die Schaffung notwendiger Voraussetzungen wie ambulanter Dienste und ähnliches.

- Die verschiedenen Träger von Behinderteneinrichtungen wie Verbände, Elternvereinigungen, Selbsthilfegruppen und auch Kommunen bemühen sich intensiv um adäquate Wohn- und Lebensbedingungen für behinderte Menschen in den neuen Ländern. Durch die jahrzehntelange Vernachlässigung dieses Bereiches der Behindertenhilfe werden die neuen Länder in einem absehbaren Zeitraum nicht in der Lage sein, eine flächendeckende und angemessene Versorgung schwerbehinderter und betreuungsbedürftiger Menschen zu gewährleisten.
- Der gleichzeitige Aufbau von Sondereinrichtungen und von funktionsorientierten Angeboten wie etwa ambulanten Hilfen ist grundsätzlich notwendig, da beide Formen in den neuen Ländern nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Bei dem sich abzeichnenden Trend, zunächst vor allem die Sonderinstitutionen aufzubauen, ist jedoch darauf zu achten, daß gleichzeitig Strukturen offener ambulanter Hilfen geschaffen werden, da diese eine wichtige Voraussetzung für eine selbständige Lebensführung in offenen Wohnformen bilden. Die Notwendigkeit, stationäre und ambulante Strukturen der Behindertenhilfe parallel zu entwickeln, bietet jedoch auch die Chance, diese sinnvoll entsprechend dem jeweiligen Bedarf aufeinander abzustimmen und dem Anspruch „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen. Zur schrittweisen Verbesserung der Situation in den Behinderteneinrichtungen fördert das Bundesministerium für Familie und Senioren Modell-Bau-Projekte in Sachsen (Stötteritz), Brandenburg (Breslack) und Thüringen (Wickersdorf und Schmalkalden). Die Modell-Projekte sind von bundesweitem Interesse und haben Multiplikatorwirkung nicht nur für das Beitrittsgebiet. Die spezifischen Schwierigkeiten bei den Modell-Bau-Projekten in Ostdeutschland sind ungeklärte Eigentumsverhältnisse, lange Bearbeitungszeiten bei Grundbuchangelegenheiten im Hinblick auf dingliche Sicherung von Bundeszuwendungen und ein ungewöhnlich niedriger Finanzierungsanteil der Landesregierungen im Beitrittsgebiet.

7.22

Soweit die Aufbringung der Heimkosten aus eigenem Einkommen und Vermögen den Behinderten nicht zumutbar ist, erhalten sie nach dem Bundessozialhilfegesetz **Hilfe zur Eingliederung und Hilfe zur Pflege**. Im ersten Halbjahr 1991 kamen in fast allen neuen Bundesländern zunächst Gruppenpflegesätze für bestimmte Einrichtungstypen auf der Grundlage pauschalierter Kostensätze zur Anwendung. In der Zwischenzeit wurden in allen neuen Bundesländern Rahmenpflegesatzvereinbarungen abgeschlossen, auf deren Grundlage Kostensätze für die einzelnen Einrichtungen verhandelt werden. Ebenso wurden in

den meisten Ländern Pflegesatzkommissionen gebildet.

Folgende Probleme wurden im Zusammenhang mit dem Aufbau neuer Strukturen in den stationären Einrichtungen besonders deutlich:

- Durchweg sind Strukturveränderungen beim Personal in den Einrichtungen notwendig; insbesondere muß das Verhältnis von Fach-/Betreuungs- zu Wirtschafts- und Verwaltungspersonal verbessert werden.
- Strukturveränderungen sind dringlich auch hinsichtlich der Bausubstanz und der Raumstruktur; es gibt noch zu viele Mehrbettzimmer.
- Mangels Wohnmöglichkeiten außerhalb von Heimen und Anstalten befinden sich noch viele Behinderte in Heimen, die dort nicht sein müßten.

7.23

Wesentliche Veränderungen seit 1989/90 hat es durch die Übernahme von Behinderteneinrichtungen durch **freie Träger** gegeben; die Anschubfinanzierung der Bundesregierung in Höhe von 30 Mio DM 1991 und 17 Mio DM 1992 zum Aufbau arbeitsfähiger Strukturen der freien Wohlfahrtspflege in den neuen Ländern ist auch der Behindertenarbeit zugute gekommen. Dadurch hat sich das Verhältnis zwischen kommunaler und freier Trägerschaft zugunsten freier Träger verschoben, allerdings in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich. So befinden sich in Sachsen-Anhalt und Brandenburg etwa die Hälfte der Plätze von Behinderteneinrichtungen in kommunaler Trägerschaft, in Sachsen 11 von 88 Heimen. Allerdings muß berücksichtigt werden, daß gerade im Bereich der Behinderteneinrichtungen der Wechsel der Trägerschaften noch nicht abgeschlossen ist. Insgesamt befindet sich bereits mehr als die Hälfte der stationären Behinderteneinrichtungen in freier Trägerschaft, und die Entwicklung geht eindeutig in diese Richtung weiter voran.

Nach einer Stichtagsanalyse der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege befanden sich am 1. März 1992 158 stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe mit 10 063 Plätzen in freier Trägerschaft; insgesamt waren in diesen Einrichtungen 4 577 hauptamtliche Mitarbeiter beschäftigt. Zu der Zahl ehrenamtlicher Mitarbeiter in den Wohlfahrtsverbänden gibt es bisher keine Erhebung der Verbände, und auch die Länder können keine entsprechenden Angaben machen. Neben anderen freien Trägern der Wohlfahrtspflege engagiert sich in besonderem Maße auch die Lebenshilfe beim Aufbau eines Netzes ambulanter und stationärer Behinderteneinrichtungen in den neuen Bundesländern.

8. Behindertengerechter Verkehr

8.1

Um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, ist es auch für behinderte Menschen wichtig, die

unterschiedlichen Zielorte für ihre beruflichen, privaten, kulturellen und sonstigen Aktivitäten erreichen zu können. Eine möglichst ungehinderte **Teilnahme am öffentlichen und am Individualverkehr** ist daher für alle mobilitätseingeschränkten Personen wünschenswert; zu ihnen gehören außer Behinderten ältere Menschen, kleine Kinder, werdende Mütter, Personen mit vorübergehenden Beeinträchtigungen sowie Personen mit Kinderwagen oder schwerem Gepäck. Untersuchungen in einigen Städten (z. B. München, Nürnberg, Düsseldorf, Bremen) zeigen, daß in den alten Bundesländern mit einem Anteil Mobilitätseingeschränkter an der Bevölkerung in Höhe von rund 20 v. H. zu rechnen ist; in den neuen Bundesländern wird der Anteil auf etwa 30 v. H. geschätzt. Daher bezieht sich die auf behindertengerechte Verkehrslösungen angelegte Politik der Bundesregierung nicht nur auf Behinderte; insbesondere können Sonderfahrtdienste und Vergünstigungen für Schwerbehinderte die Probleme der Teilnahme Mobilitätseingeschränkter am Verkehr nur teilweise und nur ergänzend lösen. Vielmehr kommt es darauf an, möglichst allen mobilitätseingeschränkten Personen eine selbstverständliche Teilnahme an den Verkehrsangeboten zu ermöglichen.

8.2

Als wichtige **Vorgaben zur Orientierung** sieht das Bundesministerium für Verkehr vor allem

- die Entschließung des Deutschen Bundestages vom 30. Oktober 1990 zu „Reisen und Behinderte“ (Drucksache 11/8213 — neu —), in der gefordert wird, alle öffentlichen Verkehrsmittel und ihre Infrastruktur im erforderlichen Umfang behindertengerecht zu gestalten;
- den EG-Richtlinienvorschlag „Verbesserung der Mobilität und sicheren Beförderung von in ihrer Bewegungsfreiheit beeinträchtigten Arbeitnehmern“, der auf eine ausreichende Verfügbarkeit von behindertengerechten Verkehrsmitteln und damit auf die Mobilität behinderter Arbeitnehmer auf dem Weg zur Arbeit abzielt;
- die Entschließung des EG-Rates der Verkehrsminister vom 16. Dezember 1992 zu einem Aktionsprogramm der Gemeinschaft über die Fortbewegung von in ihrer Bewegungsfähigkeit beeinträchtigten Personen“, in der festgestellt wird, daß die Verbesserung des Zugangs von Mobilitätsbehinderten zum öffentlichen Verkehr integraler Bestandteil der gemeinsamen Verkehrspolitik ist, und mit der die Kommission aufgerufen wurde, ein Aktionsprogramm mit konkreten Maßnahmen auszuarbeiten;
- den aufgrund der Ratsentschließung im März 1993 vorgelegten Vorschlag der EG-Kommission für ein Aktionsprogramm, wonach Richtlinien über die spezielle Ausrüstung von Linien- und Reisebussen, über technische Normen für die Zugänglichkeit der Verkehrsmittel im Straßen- und Schienenverkehr sowie über Sicherheitseinrichtungen an Fußgängerüberwegen und an Stellen, an denen Stadtbahnstrecken durch Fußgängerzo-

nen führen, mit dem Ziel erarbeitet werden sollen, die Verkehrsteilnahme Behinderter zu verbessern.

8.3

Das Bundesministerium für Verkehr arbeitet seit langem intensiv mit den Behindertenorganisationen zusammen, vor allem in der „**Arbeitsgruppe behindertengerechter öffentlicher Verkehr**“. Auch ihr wurde der Entwurf eines Handbuches zugeleitet, das sämtliche Normen und Regelungen sowie praxiserprobte Erfahrungen für die behindertengerechte Anlage von Verkehrswegen enthält. Das Handbuch, das die Bundesanstalt für Straßenwesen auf Anregung des Bundesministeriums für Verkehr erarbeitet hat, ist für die Praktiker vor Ort zu einer nützlichen Arbeitshilfe geworden.

8.4

Das Bundesministerium für Verkehr geht bei seinen Maßnahmen vom Prinzip der **geschlossenen Transportketten** aus, die in der Wohnung und im Wohnumfeld beginnen. Seine unmittelbaren Einflußmöglichkeiten sind jedoch begrenzt, denn

- für den öffentlichen Personennahverkehr sind Länder und Gemeinden zuständig,
- die Deutschen Bahnen sind eine Aktiengesellschaft,
- der Luftverkehr wird von rechtlich selbständigen Unternehmen durchgeführt, ebenso der Binnenschiffs- und der Seeschiffsverkehr.

Gleichwohl hat das Bundesministerium für Verkehr dafür gesorgt, daß zum Beispiel

- Behindertenklauseln in die Eisenbahn-Bau- und -Betriebsordnung, in die Verordnung über den Bau und Betrieb der Straßenbahnen und in das Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz aufgenommen und
- eine Reihe von Park- und Haltesonderrechten für Behinderte sowie neuerdings das Verbot des Parkens vor Bordsteinabsenkungen in der Straßenverkehrsordnung festgeschrieben wurden.

8.5

Schwerbehinderte, die in ihrer Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt oder hilflos oder gehörlos sind, haben Anspruch auf **unentgeltliche** Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr. Darüber hinaus sind notwendige Begleitpersonen Schwerbehinderter im Nahverkehr wie auch im Fernverkehr freifahrtberechtigt.

Das Freifahrtrecht ist in der Regel davon abhängig, daß die Schwerbehinderten einen Eigenanteil von 120 DM pro Jahr leisten. Ausnahmen von dieser Eigenbeteiligung sind vorgesehen für Blinde und Hilf-

lose, einkommensschwache Schwerbehinderte, die Arbeitslosenhilfe oder laufende Leistungen für den Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder vergleichbare Leistungen beziehen, sowie für Kriegsoffer und vergleichbare Gruppen, die bereits am 1. Oktober 1979 freifahrtberechtigt waren. 1991 wurden die Interregio-Züge in die unentgeltliche Beförderung im Umkreis von 50 km um den Wohnort einbezogen.

1992 waren in den Bundesländern 1,525 Mio Schwerbehinderte freifahrtberechtigt. Für die Fahrgelderstattungen an die Verkehrsunternehmen haben Bund und Länder 900 Mio DM aufgewendet, davon der Bund einen Anteil von rund 43,13 v.H. Die Einnahmen aus dem Wertmarkenverkauf beliefen sich auf insgesamt rund 107,1 Mio DM, von denen 43,1 Mio DM auf den Bund entfielen.

8.6

Das Recht der unentgeltlichen Beförderung Schwerbehinderter gilt seit der deutschen Einigung auch in den **neuen Bundesländern** und im Ostteil von Berlin, allerdings mit folgenden Besonderheiten:

- Bis zum 31. Dezember 1991 betrug die Eigenbeteiligung 30 DM pro Jahr, bis zum 31. Dezember 1992 60 DM pro Jahr.
- Bis zum 31. Dezember 1993 waren Inhaber gültiger Schwerstbeschädigtenausweise der Stufen III und IV im öffentlichen Personennahverkehr ohne Wertmarke freifahrtberechtigt; das gleiche gilt für Begleitpersonen von Inhabern gültiger Schwerstbeschädigtenausweise der Stufe IV. Seit Januar 1992 wird zur Benutzung der Deutschen Reichsbahn im Umkreis von 50 km um den Wohnsitz ein Streckenverzeichnis benötigt.

Im Jahr 1991 hat die Deutsche Reichsbahn, eine Regelung der ehemaligen DDR fortführend, den Inhabern von Schwerbeschädigtenausweisen der ehemaligen DDR Fahrpreismäßigungen von 50 v.H. für vier Fahrten gewährt, in den Jahren 1992 und 1993 auf der Grundlage einer Vereinbarung mit der Bundesregierung für zwei Fahrten.

8.7

In den letzten Jahren wurden verstärkt Anstrengungen unternommen, den **öffentlichen Personennahverkehr behindertengerecht** zu gestalten und Behinderten die Teilnahme zu ermöglichen. Neuentwicklungen und Verbesserungen der Verkehrsmittel und -flächen, der Einsatz von Niederflurfahrzeugen, Rufbussen, Telebussystemen sowie Leit- und Informationssysteme für Sehbehinderte belegen die Anstrengungen der Fahrzeugindustrie, der Verkehrs- und Baulastträger.

Für behinderte Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nach derzeitigem Ausbaustand öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzen können, gibt es inzwischen ein weitreichendes Netz von Sonderfahrdiensten, wobei der Personenkreis, der

Umfang der Berechtigung sowie die Fragen des Entgelts unterschiedlich geregelt sind. Eine Öffnung dieser Sonderfahrdienste für alle Behindertengruppen, die öffentliche Verkehrsmittel nur mit Schwierigkeiten benutzen können, wird aus Kostengründen in aller Regel nicht möglich sein. Die Städte und andere verantwortliche Träger bemühen sich deshalb darum, daß gewerbliche Unternehmen für die Beförderung auch behindertengerecht ausgestattete Taxen und Mietwagen einsetzen.

8.8

Über das novellierte **Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz** sind Länder und Gemeinden (besonders auch in den neuen Bundesländern) über das bisherige Maß hinaus in der Lage, die Belange mobilitäts eingeschränkter Fahrgäste zu berücksichtigen. Es werden Busse, Straßenbahnen und Haltestellen, Betriebseinrichtungen und an Fahrzeugen in den neuen Bundesländern auch Umbaumaßnahmen gefördert. Aufgabe der Genehmigungsbehörden ist, die Entscheidung über Förderzusagen von dem Nachweis der Berücksichtigung der Belange mobilitätsbehinderter Personen abhängig zu machen, wie es in dem Gesetz ausdrücklich vorgesehen ist. Insbesondere bei der Beschaffung von Fahrzeugen und der Gestaltung von Haltestellen kommt der Einhaltung der gesetzlichen Förderungsvoraussetzungen im Interesse mobilitätseingeschränkter Menschen besondere Bedeutung zu.

Dies wirkt sich vor allem über die Einführung der neuen Niederflurtechnik aus. Bei den Mitgliedsunternehmen im Verband Deutscher Verkehrsbetriebe, die ihre Verkehrsleistungen vor allem in größeren Städten und Ballungsgebieten erbringen, wurde der Anteil der Niederflurbusse bei der Neubeschaffung von 11,5 v.H. im Jahr 1988 auf rund 66 v.H. im Jahr 1992 erhöht.

Für Rollstuhlfahrer schaffen Niederflurbusse mit seitlicher Absenkmöglichkeit — und, soweit nötig, eingebauter ausfahrbarer Rampe oder Hublift — die Voraussetzung zur selbständigen Nutzung des Verkehrsmittels. Durch Haltestellenerhöhungen werden die Vorteile der neuen Technologie nicht nur für die mobilitätseingeschränkten Fahrgäste voll wirksam; vielmehr wird das Ein- und Aussteigen insgesamt durch den Einsatz von Niederflurfahrzeugen bequemer, gefahrenärmer und schneller.

Durch Hublifte werden in zunehmendem Umfang auch Reisebusse für Behinderte in Rollstühlen nutzbar. Der Bundesverband Deutscher Omnibusunternehmen hat dazu ein Verzeichnis der Reisebusunternehmen herausgegeben, die über derartig ausgerüstete Fahrzeuge verfügen.

Als Beispiel für die unumkehrbare Entwicklung kann die Stadt Bremen gelten, die aufgrund von Beschlüssen des Senats und der Bürgerschaft nur noch Busse in Niederflurtechnik anschafft. Dadurch konnte das Verkehrsangebot bereits zu einem großen Teil behindertenfreundlich gestaltet werden. Probleme gibt es aber noch in vielen kleineren Städten und im ländlichen Raum.

Die genannten Maßnahmen zugunsten mobilitäts- eingeschränkter Bürger ermöglichen vielen von ihnen die selbständige Teilnahme am öffentlichen Verkehr; sie wirken integrativ und erhöhen zugleich allgemein die Attraktivität öffentlicher Verkehrsmittel. Maßnahmen, die Behinderten dienen, sollen keine Nachteile für andere, sondern Vorteile für alle Fahrgäste bringen. Niemand soll von der Beförderung ausgeschlossen werden, aber keine Gruppe darf zu Lasten anderer Speziallösungen verlangen.

Eine verbesserte Lösung für die Beförderung von Rollstuhlfahrern in Taxen und Mietwagen wird von der Industrie mit der Entwicklung von Fahrzeugen angestrebt, die gleichermaßen zum Transport behinderter und nichtbehinderter Fahrgäste geeignet sind.

8.9

In den **Städten der neuen Bundesländer** ist die Qualität des öffentlichen Personennahverkehrs weitgehend durch einen überalterten Fahrzeugpark und einen fahrgastunfreundlichen Zustand vieler Haltestellen gekennzeichnet. Niederflurfahrzeuge werden in den neuen Ländern zur Zeit erst in geringer Zahl eingesetzt, wenngleich mit steigender Tendenz. Im Hinblick auf die anstehende Einführung des Niederflur-Verkehrssystems auch in den neuen Bundesländern sind Übergangslösungen unvermeidlich, die eine rasche Verbesserung der derzeitigen Situation ermöglichen und späteren Verlust von Investitionen ausschließen. Die Technische Universität Dresden hat dazu im Auftrage des Bundesministeriums für Verkehr das Forschungsprojekt „Rekonstruktion von Haltestellen“ bearbeitet.

8.10

Das Bundesministerium für Verkehr hat im Rahmen des Forschungsprogramms Stadtverkehr eine Reihe von **Forschungsprojekten zugunsten Behinderter** und anderer Mobilitätseingeschränkter initiiert und finanziert; es handelt sich um Städtestudien, Haltestellenum- und -neubau, Blinden-Informations- und Leitsysteme, Anforderungen an fahrgastfreundliche und behindertengerechte Verkehrsmittel, behindertenfreundliche Informationssysteme etc. Die Ergebnisse werden veröffentlicht. Im April 1992 erschien eine Handreichung des Bundesministeriums für Verkehr für die Praktiker vor Ort („Niederflur-Verkehrssystem: Gestaltung von Haltestellen in den alten und neuen Bundesländern“), im Dezember 1992 das Handbuch „Bürgerfreundliche und behindertengerechte Gestaltung des Straßenraums“.

Vom Bundesministerium für Verkehr wird das EG-Forschungsprojekt COST 322 „Niederflur-Verkehrssystem“ betreut. Das Ziel des Forschungsprojektes ist es, ein möglichst einheitliches Anforderungsprofil für Niederflurbusse zu entwickeln und europaweit zu etablieren. Im November 1992 wurde der gegenwärtige Forschungs- und Entwicklungsstand Vertretern aus den Verkehrsverwaltungen, Verkehrsbetrieben und der Busproduzenten aus ganz Europa vorgestellt.

8.11

Da sich bei den **Bundeseisenbahnen** aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten unterschiedliche Entwicklungen vollzogen haben, hat das Bundesministerium für Verkehr die Deutsche Bundesbahn und die Deutsche Reichsbahn beauftragt, ein Gesamtkonzept über Maßnahmen zugunsten behinderter und (anderer) mobilitätseingeschränkter Personen vorzulegen. Die Deutsche Bundesbahn hat in den vergangenen Jahren ihr Angebot zugunsten Behinderter deutlich verbessert; alle IC-, EC- und ICE-Züge führen behindertengerecht ausgestattete Wagen, ebenso wird bei Interregio-Zügen für eine kontinuierliche Verbesserung des Angebots für Behinderte gesorgt. Bei der Deutschen Reichsbahn haben derzeit alle ICE-Züge, 60 v. H. der IC-/EC-Züge, alle IR-Züge und einige D-Züge Rollstuhlstellplätze in unterschiedlicher Zahl. Der Anteil der IC-/EC-Züge mit solchen Wagen wird in den nächsten Jahren weiter ansteigen, weil durch die Beschaffung neuer ICE-Triebzüge behindertengerechte Wagen für den IC-/EC-Verkehr freigesetzt werden.

Die Rollstuhlstellplätze und die Sitzplätze für Behinderte sowie deren Begleiter sind in den Zügen des Fernverkehrs reservierbar. Neben den Rollstuhlplätzen bieten die entsprechend ausgestatteten Wagen außer Türen, die mit einer Breite von 800 mm den Normmaßen von Rollstühlen angepaßt sind, ein rollstuhlgerechtes WC. Im Nahverkehr sind derzeit etwa 25 v. H. der Züge mit einzelnen Rollstuhlplätzen ausgestattet. Durch schrittweise Umstellung auf modernisierte Wagen werden auch in den Zügen des Nahverkehrs mittelfristig immer mehr Plätze für Rollstuhlfahrer zur Verfügung stehen.

Verbesserungsbedürftig sind die Zugänge zu den Bahnsteigen und der Einstieg in die Züge. Bei Neubauten und vergleichbaren Umbauten von Bahnhoftanlagen werden die Belange der Behinderten von vornherein berücksichtigt. Ein verbesserter Zugang läßt sich durch den Einbau von Rampen und Aufzügen erreichen sowie durch die Erhöhung der Bahnsteige, die dem Fernverkehr dienen, auf eine Höhe von 760 mm über Schienenoberkante. In den ICE-/IC-/EC-Bahnhöfen der Deutschen Bundesbahn haben die Bahnsteige bereits weitgehend diese Höhe.

Noch nicht zufriedenstellend gelöst ist das Problem der Einstieghilfen, da insbesondere Behindertenverbände nur von fahrzeuggebundenen Lösungen auf Dauer befriedigende Ergebnisse erwarten. Derartige Einstieghilfen wurden von einigen Bahnverwaltungen als Prototypen entwickelt, sind jedoch bis heute nicht über das Stadium der Konzeption und Erprobung hinausgekommen. Einrichtungen, die den Anforderungen der deutschen Bahnen entsprechen, werden am Markt nicht angeboten. Um Behinderten, die auf Rollstühle angewiesen sind, das Reisen zu erleichtern, haben sich daher beide deutsche Bahnen (wie auch die Bahnen der meisten Nachbarländer) entschieden, ihre Bahnhöfe mit bahnsteiggebundenen mobilen Einstieghilfen in Form von Hubliften und klappbaren Rampen auszurüsten.

Im zweiten Halbjahr 1991 hat die Deutsche Bundesbahn bahnsteiggebundene Einstieghilfen (Hublifte,

Rampen) getestet; die Ausrüstung der Fernbahnhöfe mit derartigen Einstieghilfen ist angelaufen. Voraussichtlich bis Anfang 1994 werden die bedeutendsten 370 Bahnhöfe mit Hubliften und Rampen ausgestattet sein. Seit Ende 1992 sind bereits in 52 ICE-/EC-/IC-Bahnhöfen der Deutschen Bundesbahn und in 10 ICE-/EC-/IC-Bahnhöfen der Deutsche Reichsbahn solche mobilen Einstieghilfen stationiert.

8.12

Die Ausrüstung der **S-Bahn-Stationen** der Bundeseisenbahnen mit **behindertengerechten Zugängen** schreitet voran; die Finanzierung erfolgt teilweise aus Mitteln des Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetzes. Von den rund 650 S-Bahn-Stationen sind bereits über 250 mittels Rampen oder Aufzügen behindertengerecht gestaltet. Im Rahmen verschiedener Investitionsprogramme nach diesem Gesetz sollen bis 1997 voraussichtlich weitere 150 behindertengerechte Stationen hinzukommen. Langfristig sollen nahezu alle S-Bahn-Stationen, bei denen eine Nachrüstung möglich ist, mit behindertengerechten Zugängen ausgerüstet werden. Bereits seit 1988 wird der Neubau von S-Bahn-Stationen nur noch dann gefördert, wenn diese behindertengerecht sind.

Die Deutsche Reichsbahn setzte in ihren Nahverkehrsnetzen außerhalb der S-Bahn-Berlin hauptsächlich Doppelstockwagen mit Niederflureinstieg ein. Diese gewährleisteten an 55 cm hohen Bahnsteigen einen stufenlosen Ein-/Ausstieg, jedoch müssen aufgrund der besonderen Türpositionen an Bahnsteigen in engen Kurvenlagen größere waagerechte Lücken beim Einstieg überschritten werden.

Die S-Bahn-Fahrzeuge der Deutschen Bundesbahn haben eine Fußbodenhöhe von einem Meter, sodaß in Kombination mit 96 cm hohen Bahnsteigen ein behindertengerechter Ein-/Ausstieg gewährleistet ist. Der Aus- und Wiederaufbau der S-Bahn-Berlin und die damit in Zusammenhang stehende Fahrzeugbeschaffung erfolgen nach diesen Grundsätzen.

Für die neu entstehenden S-Bahn-Netze der Deutschen Bahnen (Rhein-Neckar, Hannover, Halle-Leipzig, Dresden) wird derzeit ein Niederflur-Nahverkehrsfahrzeug entwickelt, das eine Fußbodenhöhe von nur noch 80 cm aufweist. Hiermit wird es erstmals möglich sein, von einem 76 cm hohen Standardbahnsteig stufenlos ein- und auszusteigen. Dieses Fahrzeug wird bis zum Jahr 2000 zur Verfügung stehen.

Zur behindertengerechten Gestaltung von S-Bahnsteigen gehört bei Neu- und Umbauten auch die Ausrüstung mit Blindenleitstreifen. Für die Nachrüstung von Blindenleitstreifen auf S-Bahnsteigen hat die Deutsche Bundesbahn in Stuttgart Versuche mit dem Aufkleben von Leitstreifen auf dem Bahnsteigbelag durchgeführt. Die Versuche wurden erfolgreich abgeschlossen; eine Nachrüstung mit Blindenleitstreifen ist damit kostengünstig möglich.

Ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung ist sehbehindert und hat Schwierigkeiten bei der Aufnahme von visuellen Informationen. Entsprechend

einem Beschluß des Deutschen Bundestages vom 30. Oktober 1990 werden im Rahmen eines Forschungsprojektes des Bundesministeriums für Familie und Senioren, bei dem es vornehmlich um die Verbesserung der visuellen Kontraste zur besseren Orientierung im öffentlichen Raum geht, auch Empfehlungen erarbeitet, wie für Sehbehinderte geeignete Leit- und Informationssysteme zu gestalten sind, um den Betroffenen ein Höchstmaß an Mobilität zu ermöglichen.

Während für Bewegungsbehinderte in den vergangenen Jahren deutliche Verbesserungen erwirkt worden sind, muß das Informationsbedürfnis von Hörgeschädigten in Zukunft stärker beachtet werden. Auf Bahnhöfen, in öffentlichen Verkehrsmitteln und öffentlichen Gebäuden gibt es z. B. nur selten Informationen in Form von (Lauf-)Schrift.

8.13

Als Beispiel soll die Entwicklung in Hamburg dargestellt werden. Seit 1990 wurden dort im Zuge des Senatsprogramms „Behindertenfreundlicher Ausbau von **Schnellbahnhaltstellen** im vorhandenen Netz“ zehn U- und S-Bahnhaltstellen mit Einrichtungen versehen, die behinderten und älteren Menschen den Zugang erleichtern. Die Grundlagen hierfür wurden seit 1986 erarbeitet und in den U-Bahn-Richtlinien „Maßnahmen zur leichteren Benutzung der U-Bahn durch Behinderte“ zusammengestellt. Die Richtlinien enthalten nicht nur Verbesserungen für Rollstuhlbenutzer, sondern technische Hilfen für alle Arten von ständig oder zeitweilig Mobilitätsbehinderten:

- Bei festen Treppen wurde das Steigungsmaß Stufenhöhe/Stufentiefe herabgesetzt. Die Treppen erhielten doppelte Handläufe in 60 und 90 cm Höhe mit kreisförmigem Querschnitt. Dadurch wurde das Treppensteigen für Gehbehinderte und kleinwüchsige Personen wesentlich erleichtert.
- Leitstreifen mit hohen Helligkeits- und Rauheitskontrasten bieten Blinden und Sehbehinderten eine wirksame Orientierungshilfe und erfüllen an der Bahnsteigkante eine zusätzliche Warnfunktion für alle Verkehrsteilnehmer.
- Die Markierung der Stufenvorderkanten gibt nicht nur Sehbehinderten mehr Sicherheit, sondern hilft allen Fahrgästen, den Beginn der Treppen zu erkennen.
- Die Bedienelemente für Aufzüge, Automaten und Notrufsäulen werden in erreichbarer und identifizierbarer Höhe für alle potentiellen Benutzer angebracht.
- Durch den konsequenten Einbau von Schrägaufzügen wurde die Ausstattung älterer Haltestellen mit behindertengerechten Aufzügen häufig erst möglich. Der Ersatz schwach frequentierter Fahrtreppen durch Schrägaufzüge wird als verträgliche Lösung für alle angesehen.
- Transparente Gestaltung von Aufzugsschächten und -kabinen erhöht die subjektive und objektive

Sicherheit aller Fahrgäste, baut Vandalismus ab und verringert Verschmutzung der Aufzüge.

Ein Forschungsvorhaben „Optimierung behindertenfreundlicher Gestaltungselemente (Experimentierhaltestelle Borgweg)“ soll für Neu- und Umbaumaßnahmen in Schnellbahnhaltestellen und deren Umfeld praxisverwertbare Anleitungen bieten und zur Aufstellung und Fortschreibung von Empfehlungen und Richtlinien beitragen. An der Finanzierung beteiligen sich neben dem Bundesministerium für Verkehr die Freie und Hansestadt Hamburg und der Hamburger Verkehrsverbund.

8.14

Viele neuere **Hilfen und Dienstleistungen der Bahnen** erleichtern gerade auch behinderten und älteren Fahrgästen das Reisen (z. B. Gepäckträgerdienst, Handgepäckförderbänder, Haus-Haus-Gepäckservice, Parkplätze an Bahnhöfen). Mit der Broschüre „Tips für behinderte Reisende“ stellt die Deutsche Bundesbahn seit Jahren älteren und behinderten Reisenden eine umfassende Informationsschrift für die Nutzung ihres Angebots wie allgemein für die Planung und Durchführung von Reisen zur Verfügung. Sie informiert über Vergünstigungen, die Behinderte in Anspruch nehmen können, enthält für mehr als 400 Bahnhöfe Angaben u. a. über die Art der möglichen Betreuung, hindernisfreie Bahnsteigzüge, behindertengerechte Einrichtungen etc. und nennt die Ansprechstellen. In die voraussichtlich 1994 erscheinende neue Broschüre wird auch das Angebot der im Bereich der bisherigen Deutschen Reichsbahn umfassend aufgenommen.

8.15

Die **Flughäfen** sind — auch nach Auffassung von Behinderten — in hohem Maße mit behindertengerechten Einrichtungen ausgestattet. Durchweg sind Behindertenparkplätze in günstiger Lage, Absenkungen, Rampen und Lifte, Toiletten und Telefone behindertengerecht vorhanden. Auf Anforderung der Fluggesellschaften wird durch die Flughäfen ein zusätzlicher Betreuungsservice geboten, der betreuten Transport vom individuellen oder öffentlichen Verkehrsmittel bis in das Flugzeug und umgekehrt umfaßt.

Auch für **Luftfahrzeuge** wurden wichtige Verbesserungen erreicht, z. B. durch Einsatz besonderer Rollstühle, spezielle Sitzplätze mit hochklappbaren Armlehnen, zusätzliche Haltegriffe in Toiletten. Weitere Veränderungen zugunsten Behinderter, z. B. bei den Toiletten, sind bei zukünftigen Langstreckenflugzeugen vorgesehen. Die Deutsche Lufthansa befördert im Inlandsverkehr seit 1979 Begleitpersonen Behinderter unentgeltlich, sofern eine ständige Begleitung notwendig ist. Darüber hinaus ermäßigt sie den Flugpreis um 30 v. H. für Schwervkriegsbeschädigte, Schwerwehrendienstbeschädigte der Bundeswehr und schwerbeschädigte rassistisch oder politisch Verfolgte, soweit die Schwerbeschädigung vor dem 1. Oktober 1979 eingetreten ist. Darüber hinaus haben sich re-

gionale Luftverkehrsgesellschaften, die auf bestimmten Strecken im innerdeutschen Linienflugverkehr fliegen, dazu bereit erklärt, Schwerbehinderten die Vergünstigungen einzuräumen, die derzeit von der Deutschen Lufthansa eingeräumt werden.

Die Deutsche Lufthansa und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Verkehrsflughäfen geben für ihre behinderten Fluggäste auch weiterhin spezifische Informationen und Empfehlungen für die Planung und Durchführung von Flugreisen heraus. Die Bundesregierung setzt sich im Rahmen der Europäischen Zivilluftfahrt-Konferenz nachdrücklich dafür ein, daß dieser Standard auch international lückenlos und einheitlich geboten wird.

8.16

Um Integration Behinderter in die **Binnenfahrgastschifffahrt** bemühen sich Schifffahrt, Behindertenverbände und Behörden. Auch die Deutsche Bundesbahn setzt behindertenfreundliche Schiffe ein. Beim Bau von Landebrücken, nunmehr insbesondere auf den Stromgebieten in den neuen Bundesländern, werden die Belange der Behinderten verstärkt berücksichtigt.

Verbindliche rechtliche Grundlagen speziell für die behindertengerechte Ausgestaltung von Binnenfahrgastschiffen und deren Anlegern gibt es nicht. Die Schiffssicherheitsvorschriften enthalten jedoch zahlreiche Bestimmungen, z. B. hinsichtlich des Brand-schutzes sowie der Einrichtung der Fahrgasträume und -kabinen, die auch den besonderen Sicherheitsbedürfnissen behinderter Fahrgäste gerecht werden.

Darüber hinaus gibt es für die behindertengerechte Ausstattung von Binnenfahrgastschiffen seit etwa fünf Jahren einen in der UN-Wirtschaftskommission für Europa erarbeiteten „Leitfaden für die behindertengerechte Ausstattung von Binnenfahrgastschiffen“, dessen Entwurf das Bundesministerium für Verkehr unter Beteiligung der Behindertenverbände erarbeitet hat. Dieser Leitfaden wird von den deutschen Binnenschiffsreedern auf freiwilliger Basis berücksichtigt.

Durch die Änderung des Übereinkommens von 1965 zur Erleichterung des Internationalen Seeverkehrs sind von den Mitgliedsstaaten der Internationalen Seeschiffahrtsorganisation der UN (IMO) im Jahre 1990 Empfehlungen für Verbesserungen im Reiseverkehr behinderter Menschen beschlossen und am 1. 9. 1991 für die Bundesrepublik Deutschland in Kraft gesetzt worden. Die innerstaatliche Umsetzung der Empfehlung in den Seehäfen obliegt entsprechend der Kompetenzverteilung den Ländern.

Deutsche Reeder berücksichtigen auf freiwilliger Basis an Bord von Passagierschiffen bereits seit geraumer Zeit die Belange behinderter Passagiere. Seeschiffe erhalten in zunehmendem Maße Einrichtungen, die speziell auf die Bedürfnisse behinderter Menschen zugeschnitten sind. So wurde eine — allerdings begrenzte — Anzahl behindertengerechter Kabinen eingerichtet, ebenso behindertengerech-

te Zugänge. Dies wird bei Um- und Neubauten auch künftig der Fall sein.

8.17

Bei Neu- oder Ausbau-Maßnahmen im Bereich der **Bundesfernstraßen** sowie bei der Gestaltung von Verkehrsanlagen werden die Belange Behinderter berücksichtigt. Auch bei der Erarbeitung technischer Regelwerke sind sie ein wichtiger Bezugspunkt. Beispielsweise werden nach den „Richtlinien für passive Schutzeinrichtungen an Straßen“ notwendige Schutzplanken im Bereich von Notrufsäulen so angeordnet, daß auch Rollstuhlfahrer an die Notrufsäule heranfahren können.

Die „Richtlinien für Lichtsignalanlagen“ regeln Einsatzkriterien und die technische Ausführung von Zusatzeinrichtungen wie akustische Freigabesignale und taktile Signalgeber für Sehbehinderte, die in Absprache mit den örtlichen Blindenorganisationen installiert werden.

Für den Bereich der Autobahnnebenbetriebe wie z. B. Raststätten hat die Bundesregierung im Einvernehmen mit den Straßenbauverwaltungen der Länder und der Gesellschaft für Nebenbetriebe mbH für die Belange Behinderter alle baulichen Erfordernisse in sogenannten Nutzerkriterien festgelegt, die bei der Planung und beim Bau von Autobahnnebenbetrieben zu beachten sind. Um zu gewährleisten, daß bei Ausbau und Neubau von Raststätten in den neuen sowie auch in den alten Bundesländern die entsprechenden Normen zur Anwendung kommen, wird von den Straßenbauverwaltungen der Länder, die im Rahmen der Auftragsverwaltung des Bundes tätig sind, bei der Entwurfsprüfung die Einhaltung der DIN-Normen und der Nutzerkriterien überwacht.

Von den 52 vorhandenen Autobahn-Motels sind zur Zeit 26 behindertengerecht ausgebaut. Die restlichen Autobahn-Motels können aus technischen wie auch aus statischen Gründen nur im Rahmen größerer Ausbau- und Neubaumaßnahmen nach und nach behindertengerecht umgestaltet werden.

Das Bundesministerium für Familie und Senioren fördert eine Dokumentation (Handbuch Verkehr) über Möglichkeiten der Teilnahme am öffentlichen Personenverkehr für mobilitätsbehinderte Menschen. Mit diesem Handbuch sollen Informationen über die Eignung der verschiedenen Verkehrsmittel und -systeme für Reisende mit Behinderungen zugänglich gemacht werden.

9. Behinderung und Familie

9.1

Familiäres Gleichgewicht und Tragfähigkeit **familiärer Bindungen** tragen wirksam zu erfolgreicher sozialer Eingliederung behinderter Menschen bei. In der Familie finden behinderte Familienangehörige in der Regel umfassende Hilfe, die je nach Art und Schwere der Behinderung von unterschiedlichen Bezugspersonen in vielfältigen Formen des Beistandes,

der Unterstützung und der Hilfe schnell und flexibel zur Verfügung gestellt werden kann. Insbesondere für behinderte Kinder gewährleistet die Familie den primären Lebensraum, der Zuwendung, Schutz und Förderung bietet. Sehr große Bedeutung hat die Familie darüber hinaus vor allem dann, wenn Behinderte pflegebedürftig sind; oft entscheiden Einsatzfähigkeit und Einsatzbereitschaft der Familien darüber, ob Behinderte in einer Einrichtung leben müssen oder nicht. Allerdings gilt es zu verhindern, daß sich die Anforderungen bei der Betreuung behinderter Familienangehöriger als gesellschaftliche Isolation der gesamten Familie auswirken, wenn diese gezwungen wird, ihre gesamte Lebensplanung auf Pflege und Betreuung behinderter Angehöriger auszurichten.

Behinderte Kinder wachsen heute in der Mehrzahl in ihren Herkunftsfamilien auf; das ist das Ergebnis einer Entwicklung, die sich seit den 70er Jahren vollzog und vom Vorrang der institutionellen Betreuung wegführte. Nach neueren Forschungsergebnissen liegt der Anteil der Eigenhilfe der Familien an der Versorgung von behinderten Kindern bei 95 v. H. des gesamten Versorgungsaufwands, während nur etwa 5 v. H. auf professionelle Hilfen entfallen.

Bei verschiedenen Untersuchungen der Hilfesysteme, auf die Eltern behinderter Kinder zurückgreifen, wurde deutlich, daß in den meisten Fällen private Arrangements getroffen wurden, indem Geschwister und Verwandte die Betreuung übernehmen. Ein großer Teil der Eltern sieht diese Lösung als unzureichend an und wünscht sich zusätzlich die Hilfe ambulanter Dienste, die ins Haus kommen und zeitweilig die Betreuung übernehmen.

9.2

Die von Familienangehörigen erbrachten **Hilfen** umfassen neben rein körperbezogener Pflege auch die hauswirtschaftliche Versorgung und die sozial-kommunikativen, psychischen und emotionalen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen. Ende 1991 lebten in privaten Haushalten der alten und der neuen Bundesländer etwa 3,2 Mio Personen mit einem Hilfe- oder Pflegebedarf. Davon waren etwa 1,2 Mio Personen pflegebedürftig, während die restlichen 2,1 Mio Personen eher hauswirtschaftliche Hilfe benötigten.

Von den 1,2 Mio Pflegebedürftigen in privaten Haushalten waren

- 72 000 Personen unter 16 Jahre,
- 108 000 Personen zwischen 16 und 39 Jahre und
- 168 000 Personen zwischen 40 bis 64 Jahre alt.

91 v. H. aller Pflegebedürftigen erhalten Hilfe aus Familie und Bekanntschaft. Über eine Hauptpflegeperson verfügen 75 v. H. der Pflegebedürftigen. Weitere 14 v. H. erhalten gleichrangig von mehreren Personen aus Familie, Nachbarschaft oder Bekanntschaft Unterstützung. 83 v. H. der Hauptpflegepersonen Pflegebedürftiger sind Frauen (Ehefrauen, Mütter behinderter Kinder, Töchter).

9.3

Familien leisten den weitaus größten Teil der notwendigen Förderung und Erziehung behinderter Kinder sowie an Betreuung und Pflege erwachsener behinderter Angehöriger — und damit für deren Integration in die Gesellschaft. Die Bewältigung des **Alltags mit behinderten Angehörigen** ist mit physischen und psychischen Belastungen der gesamten Familie, insbesondere der Mütter verbunden, da sie in der Regel den Hauptanteil der Betreuung übernehmen. Familien mit behinderten Angehörigen und ihre einzelnen Mitglieder sehen sich häufig Anforderungen gegenübergestellt, die kaum zu bewältigen sind und demzufolge zu einer Gefährdung des innerfamiliären Gefüges und der Familie als ganzer führen können.

Die Familie bildet nicht mehr das zentrale Versorgungssystem, auf das die Gesellschaft bei ihren Aufgaben zur Eingliederung behinderter Menschen beliebig zurückgreifen kann. Die Lebensprobleme von Menschen mit Behinderungen sind nicht allein Privatangelegenheit der Familien, sondern müssen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Die Relation zwischen Eigen- und Fremdhilfe zeigt die Gefahr der Überforderung der Familien; die mit der Betreuung einhergehenden Belastungen physischer, psychischer und finanzieller Art müssen durch entsprechende Hilfen aufgefangen oder wenigstens gemindert werden.

Aus diesem Grunde sind zur Entlastung und Erhaltung der Familie als Lebensraum sowie zur Stabilisierung der innerfamiliären Situation eine Reihe von familienunterstützenden Maßnahmen und Hilfen wünschenswert, die vor allem von Art und Schwere der Behinderung und dem Lebensalter des Angehörigen abhängen.

9.4

Die Gefahr liegt nahe, daß die **Leistungsfähigkeit der Familien** durch von außen an sie herangetragene Ansprüche zu hoch beansprucht und überfordert wird, zum Beispiel wenn die Eltern die Rolle der „Co-Therapeuten“ übernehmen sollen. In erster Linie sind hiervon Mütter behinderter Kinder betroffen. Um eine dauernde Überbelastung der Mütter mit Betreuungsaufgaben zu verhindern, ist eine stärkere Einbeziehung der Väter behinderter Kinder in die Betreuung wünschenswert.

Die psychosoziale Belastungssituation von Vätern in Familien mit schwerstbehinderten Kindern wird derzeit im Auftrage des Bundesministeriums für Familie und Senioren untersucht, da für Elternarbeit und Familienberatung spezifische Erkenntnisse über die Verarbeitung der Belastungssituation von Vätern und Müttern mit schwerstbehinderten Kindern dringend notwendig sind.

9.5

Das Land Baden-Württemberg hat bereits im Jahre 1981 begonnen, beispielhafte Initiativen zur **Entlastung von Familien** finanziell zu fördern. Inzwischen bieten dort mehr als 100 verschiedene ambulante Dienste, davon 20 sogenannte „Familienentlastende Dienste“, hauptsächlich in der Trägerschaft von Behindertenverbänden, unter Aufbietung eines beachtlichen Engagements ihrer Mitglieder den Familien

- zeitweilige Übernahme der häuslichen Betreuung und Pflege durch hauptberufliche und ehrenamtliche Mitarbeiter,
- zeitweilige außerhäusliche Betreuung und Pflege der Behinderten für bis zu drei Tagen,
- Maßnahmen zur Stärkung der Selbsthilfekräfte und des Zusammenhalts der Angehörigen Behindeter durch sog. Angehörigengruppen an.

Familienentlastende Dienste, die pflegerische, hauswirtschaftliche und psychosoziale Hilfen bereithalten und damit Familien mit behinderten Angehörigen eine stunden- oder tageweise Entlastung von der alltäglichen Betreuung und Pflege ermöglichen, sind inzwischen in vielen Regionen eine wichtige Säule der ambulanten Behindertenhilfe geworden. Je nach Schwere und Art der Behinderung ist fachliche Hilfe in der täglichen Betreuung und Pflege ebenso erforderlich wie eine kontinuierliche pädagogisch-therapeutische Förderung. Ihr Ziel ist es, flexible ambulante Hilfsangebote zu schaffen, die an den individuellen Bedürfnissen der behinderten Menschen und ihrer Familien ansetzen, um für alle Beteiligten eine wirksame Unterstützung und Entlastung und möglichst normale Lebensverhältnisse zu erreichen.

Wesentliche Bereiche, in denen familienentlastende Dienste tätig werden, sind:

- Beratung und psychische Unterstützung für Betreuungspersonen,
- Freizeitgestaltung und -begleitung für das behinderte Familienmitglied,
- auf die konkrete Behinderung bezogene Förderangebote wie z. B. Bewegungsübungen für motorisch Behinderte,
- freie Zeit für die Betreuenden, in der sie den behinderten Angehörigen gut aufgehoben wissen, sowie Betreuung an Wochenenden, im Urlaub oder bei Krankheit.

Bei der Fortentwicklung der familienentlastenden Dienste werden — bei entsprechenden Finanzierungsmöglichkeiten — als weitere Angebote für vorrangig gehalten

- Freizeit- und Ferienprogramme,
- Beratungsangebote und
- die Möglichkeit längerer Urlaubsvertretungen für die familiären Betreuungspersonen sowie Kurzzeitunterbringung für behinderte Angehörige.

9.6

Für **Organisation und Konzeption der Dienste** gibt es je nach örtlichen Gegebenheiten erhebliche Unterschiede, zumal der organisatorische Rahmen vom Anbieter gestellt wird, jedoch Spielraum für freie Gestaltung der Betroffenen „vor Ort“ lassen soll. Das Personal der familienentlastenden Dienste setzt sich in der Regel aus zwei Gruppen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Koordinations- und Leitungskräften sowie den sogenannten Helferinnen und Helfern zusammen. Die Koordination sollte von einer im Behindertenbereich qualifizierten hauptamtlichen Fachkraft wahrgenommen werden; wichtige Aufgaben für sie sind

- Kontaktaufnahme mit interessierten Familien und Abklärung des Betreuungsbedarfs,
- Suche und Vermittlung von geeigneten Helferinnen und Helfern für die Familien sowie deren Betreuung und regelmäßige Begleitung,
- Beratung und Unterstützung der Familien bei sozialrechtlichen und bei alltagspraktischen Fragestellungen,
- Klärung der Finanzierung des familienentlastenden Dienstes, Öffentlichkeitsarbeit u. a.

Die Vielschichtigkeit der Hilfeformen familienentlastender Dienste wirft eine Reihe von Fragen auf, vor allem in der Abgrenzung zu anderen Hilfearten, zur personellen Ausstattung und zur rechtlichen und finanziellen Absicherung. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie und Senioren zusammen mit der Bundesvereinigung Lebenshilfe geförderten Modellprojekts „Quantitativer und qualitativer Ausbau ambulanter familienentlastender Dienste“ sollen diese Fragen geklärt werden. Es ist beabsichtigt, im Rahmen eines Modellprojekts die fortschreitende Entwicklung dieser Dienste zu dokumentieren und die Ergebnisse des Projekts in Form eines Handbuchs aufzubereiten; sie sollen allen Trägern für den Aufbau familienentlastender Dienste im kommunalen Leistungsspektrum der Behindertenhilfe zugänglich gemacht werden.

Derzeit gibt es im Bundesgebiet rund 200 familienentlastende Dienste, die zu etwa 70 v. H. von der Lebenshilfe für geistig Behinderte, ansonsten von Trägervereinen und Initiativen der Behindertenhilfe, Wohlfahrtsverbänden und Kommunen getragen werden. Von einem flächendeckenden Netz familienentlastender Dienste kann jedoch bisher nicht die Rede sein. Vielmehr konzentrieren sich diese Dienst vor allem in der Nähe von Großstädten (z. B. Rhein-Main-Gebiet, Raum Stuttgart, Raum Hannover-Braunschweig); in anderen Regionen finden sich keine oder kaum familienentlastende Dienste (z. B. nordöstliches Niedersachsen, Nordhessen, Schleswig-Holstein). Aufgrund der Planung weiterer Dienste, insbesondere auch in den neuen Bundesländern, dürfte die Zahl der Dienste noch steigen.

9.7

In den **neuen Ländern** wurde und wird ein sehr großer Teil schwerstbehinderter Kinder ausschließlich in der Familie betreut, da keine ausreichenden Möglichkeiten zur Tagesbetreuung oder in Einrichtungen zur Verfügung stehen. 1989 war dies bei rund 30 000 Kindern und Jugendlichen der Fall, während es für etwa 3 600 Kinder und Jugendliche mit schweren geistigen oder Mehrfachbehinderungen Plätze in Tagesstätten, Wochenheimen, Dauerheimen, Alten- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern gab, die überwiegende Zahl davon (etwa 3 000) in staatlichen Einrichtungen.

Da es weder familienentlastende Dienste noch andere Formen ambulanter Hilfen für die Betreuung behinderter Menschen in der Familie gab, war die Situation für Familien, die ihre Kinder oder Angehörigen zu Hause betreuen wollten oder mußten, sehr schwierig. Wenn ein Elternteil wegen der Betreuung auf Berufstätigkeit verzichten mußte, erhielten die Betroffenen eine monatliche Unterstützung von 200 DM; diese Leistungen sind seit 1991 weggefallen. Hatten behinderte Kinder die Möglichkeit, eine Fördereinrichtung zu besuchen, waren auch die Mütter häufig berufstätig, da eine Ganztagsbetreuung gesichert war. Für Eltern behinderter Kinder gab es verschiedene Leistungen, die es ermöglichten, Berufstätigkeit und die Bewältigung der alltäglichen Betreuungs- und Pflegeanforderungen in Einklang zu bringen, z. B. einen besonderen Kündigungsschutz, zusätzlichen Urlaubsanspruch und bezahlte Freistellung von der Arbeit bei Krankheit des Kindes. Insbesondere die im Bundesgebiet jetzt allgemein geltende Regelung der Freistellung zur Betreuung eines kranken Kindes auf zehn Tage je Elternteil und auf ein Alter bis zu zwölf Jahren bringt Eltern behinderter Kinder Probleme. Besonders von Müttern wird es als bedrückend empfunden, wenn sie durch den Wegfall bisheriger Unterstützungen, auch wenn diese nicht optimal waren, ihre Berufstätigkeit aufgeben müssen, da neue Betreuungsstrukturen oft noch nicht zur Verfügung stehen. Angestrebt wird jedoch auch in den neuen Ländern, Ganztagsbetreuung und Beförderung in die Schule in der Regel durch unterschiedliche Maßnahmen (insbesondere Hort, familienentlastende Dienste und Fahrdienste) zu gewährleisten.

9.8

Anders als in den alten Bundesländern entstehen **familienentlastende Dienste in den neuen Ländern** als eine von unterschiedlichen Formen ambulanter Dienste und parallel zu dem Ausbau spezifischer Behinderteneinrichtungen. Damit besteht die Möglichkeit, ambulante Dienste als zukunftsorientierten Bestandteil der Behindertenhilfe auf kommunaler Ebene gleichrangig neben dem Ausbau institutioneller Angebote voranzutreiben. Die Möglichkeiten ambulanter Dienste müssen in den neuen Bundesländern jedoch auch bei den Familien erst stärker in das Bewußtsein gerückt werden, da viele Familien — auch vor dem Hintergrund der bisherigen Defizite —

zunächst institutionelle Angebote wie Sonderkindergärten, Sonderschulen, Werkstätten für Behinderte oder Wohnheime nachfragen.

Seit 1989/90 werden in den neuen Bundesländern bereits vielerorts familienentlastende Dienste aufgebaut; diese Entwicklung wird durch die Errichtung jeweils eines Modellprojekts in jedem Land unterstützt. Die Aufgaben dieser Dienste müssen im Zusammenhang der Umwandlungsprozesse in den neuen Ländern im sozialen Bereich, auch in der Behindertenhilfe, gesehen werden. Familienentlastende Dienste in den neuen Ländern werden überall dort wirksam, wo dringender Bedarf besteht; so übernahmen familienentlastende Dienste beispielsweise die Betreuung behinderter Schüler und Schülerinnen vor und nach der Schulzeit, sofern keine Ganztagsbetreuung gegeben war.

Vielfältige Aktivitäten und Hilfeleistungen unter dem Dach familienentlastender Dienste werden in den neuen Bundesländern unter anderem durch breiten Einsatz von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen ermöglicht, jedoch nach Auslaufen dieser Maßnahmen aus finanziellen Gründen nicht weitergeführt werden können. Aufgrund sich bildender neuer Strukturen der Behindertenhilfe werden bestimmte Angebote, die derzeit von familienentlastenden Diensten bereitgehalten werden, künftig von anderen ambulanten Diensten übernommen. Insofern bleibt es abzuwarten, inwieweit sich in der weiteren Entwicklung Aufgaben und Inhalte familienentlastender Dienste in alten und neuen Bundesländern unterscheiden werden.

Gleichermaßen für alte und neue — stärker jedoch für diese — Bundesländer gilt, daß Familien frühzeitig und gezielt über Möglichkeiten der Inanspruchnahme familienentlastender Dienste informiert werden müssen, damit über Unkenntnis und Schwellenängste hinweggeholfen werden kann, insbesondere bei alleinerziehenden Eltern, Eltern im fortgeschrittenen Alter sowie ausländischen Familien mit behinderten Kindern.

9.9

Auch wenn der Aufbau familienentlastender Dienste vorangekommen ist, bestehen bei deren **Finanzierung** erhebliche Schwierigkeiten, da das Sozialleistungssystem sich vorrangig an dem Hilfebedarf behinderter Menschen selbst orientiert und soziale und psychosoziale Aspekte eher vernachlässigt. In verschiedenen Gesetzen sind finanzielle und personenbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen verankert, um Benachteiligungen auszugleichen und eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Familien leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur gesellschaftlichen Integration von Menschen mit Behinderungen, indem sie Betreuung und Pflege behinderter Angehöriger in der Familie ermöglichen und somit wesentliche Voraussetzungen für die Gestaltung möglichst normaler Lebensverhältnisse in einem dafür geeigneten sozialen Umfeld schaffen.

Aufgabe der Solidargemeinschaft bleibt es, Familien bei der Bewältigung der alltäglichen Belastungen und Probleme zu unterstützen, die mit der Betreuung behinderter Familienmitglieder verbunden sind. Obwohl dies allgemein anerkannt wird, hat sich die finanzielle Absicherung solcher ambulanter Leistungen, wie sie durch familienentlastende Dienste erbracht werden können, in den letzten Jahren kaum geändert. Familienentlastende Dienste werden im wesentlichen durch pauschale Zuschüsse, insbesondere von Ländern oder Kommunen, Zuwendungen von Wohlfahrtsverbänden und der Aktion Sorgenkind, Spenden, finanzielle Eigenbeteiligung der Familien sowie durch Einzelfallabrechnungen auf der Grundlage gesetzlicher Leistungen mit den örtlichen Sozialhilfeträgern und Krankenkassen finanziert. Die Einzelfallabrechnungen decken durchschnittlich 25 v. H., die Eigenbeteiligung der Familien etwa 10 bis 20 v. H. der Gesamtkosten. Die finanzielle Förderung der Dienste wird in den einzelnen Bundesländern und Kommunen sehr unterschiedlich gehandhabt; entsprechend unterschiedlich ist die Dichte ambulanter Hilfen.

Ohne die pauschalen Zuschüsse, die etwa die Hälfte der Kosten der Dienste decken, wäre die Finanzierung eines differenzierten Angebotes an Hilfen nicht möglich. Die Finanzierungslücken werfen nach wie vor große Probleme auf. So sind die ständige Suche nach Spenden, die komplizierten und langwierigen Verfahren bei Anträgen für öffentliche und private Gelder stets mit erheblichem Aufwand verbunden, ohne daß sie eine längerfristige Finanzierung der Dienste ermöglichen.

Ebenso wie in den alten Bundesländern hängt die Finanzierung familienentlastender Dienste auch in den neuen Bundesländern jeweils davon ab, welche Prioritäten in einer Kommune oder in einem Land gesetzt werden. Vereinzelt gibt es bereits Finanzierungsvereinbarungen mit Kommunen, Sozialleistungsträgern, Krankenkassen; in anderen Gebieten spielen dagegen die Modellförderungen im Rahmen des genannten Projektes sowie Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen die maßgebliche Rolle.

Als besonders schwierig hat sich bei der Finanzierung familienentlastender Dienste immer wieder dargestellt, daß Familienangehörige behinderter Menschen nicht selbst Rechtsanspruch auf entlastende Hilfen haben; Leistungen, die die Eigenhilfe der Familien dauerhaft stützen und Entlastungen im Alltagsleben bieten, fehlen weitestgehend. Auf Dauer kann eine wirksame Entlastung von Familien mit behinderten Angehörigen nur dann erreicht werden, wenn ein ausreichend breit gefächertes Angebot solcher Dienste auf eine verlässliche finanzielle Grundlage gestellt wird.

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen grundlegend zu verbessern. Hierzu wurde der Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vorgelegt, der am 10. Dezember 1993 vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde und z. Zt. dem Vermittlungsausschuß zur Beratung vorliegt. Neben den breit gefächerten Leistungen, die das Pflege-Versi-

cherungsgesetz bei häuslicher Pflege vorsieht, wird es erforderlich sein, daß Länder und Kommunen durch regelmäßige Förderung für ein differenziertes Hilfeangebot u. a. durch familienentlastende Dienste sorgen und damit die Leistungen der Pflegeversicherung ergänzen. Dies kann insbesondere dadurch geschehen, daß familienentlastende Dienste institutionell abgesichert werden und ein differenziertes, ineinandergreifendes System von Hilfen geschaffen wird, das den Betroffenen selbst die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und eine selbständige Lebensgestaltung ermöglicht sowie Entlastungen und Freiräume für deren Familienangehörige bietet.

9.10

Besondere Probleme stellen sich in **Familien mit psychisch kranken und behinderten Angehörigen**. Die Selbsthilfe der Familien zu stärken, die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken zu realisieren und noch bestehende Diskriminierungen abzubauen, ist das Ziel des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker und seiner Landesverbände, die auf den jeweiligen Ebenen auch finanzielle Förderung erfahren. An dieser Behindertengruppe wird besonders deutlich, wie wichtig das Engagement der Familien für Rehabilitation und Eingliederung ihrer behinderten Angehörigen nicht nur intern, sondern auch für deren Zugang zu den erforderlichen Sozialleistungen und sonstigen Hilfen ist und wie wichtig es ist, in den Erfahrungsaustausch unter Gleichbetroffenen auch ihre Familien einzubeziehen.

9.11

Auch die **finanzielle Situation** von Familien mit behinderten Kindern ist oft durch besondere Belastungen geprägt. Das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen dieser Familien liegt deutlich unter dem Durchschnitt, auch wenn steuerliche Entlastungen und Sozialleistungen in die Betrachtung einbezogen werden, weil ein Elternteil — in der Regel die Mütter — wegen Betreuung und Pflege des behinderten Kindes auf eine eigene Berufstätigkeit verzichten muß; die Erwerbsquote von Müttern mit nichtbehinderten Kindern liegt mindestens doppelt so hoch wie die von Müttern mit einem behinderten Kind.

Zwischen 70 und 80 v. H. der Mütter behinderter Kinder in den alten Bundesländern sind nicht erwerbstätig; die verbleibenden 20 bis 30 v. H. gehen in der Regel einer Teilzeitbeschäftigung nach. Nach der Untersuchung zum Hilfe- und Pflegebedarf in alten und neuen Ländern sind Hauptpflegepersonen, die Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf betreuen, zu 77 v. H. nicht erwerbstätig, während 5 v. H. geringfügig beschäftigt, 7 v. H. teilzeitbeschäftigt und 10 v. H. vollzeiterwerbstätig sind. 68 v. H. der Hauptpflegepersonen befinden sich im erwerbsfähigen Alter; rund 32 v. H. sind 65 Jahre oder älter.

Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson (Alter: 18–64 Jahre)	bei Pflegebedarf			
	insgesamt (v. H.)	täglich (v. H.)	ständig (v. H.)	mehrfach wöchentlich (v. H.)
zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig	38	42	34	35
Erwerbstätigkeit wegen der Pflege aufgegeben	16	13	34	9
Erwerbstätigkeit eingeschränkt	14	16	17	11
Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt	22	20	7	33
nichts davon	10	9	8	12

9.12

Zur finanziellen Situation von Familien mit behinderten Kindern in den **neuen Ländern** können noch kaum Aussagen getroffen werden, da sich die komplizierte soziale und wirtschaftliche Lage, in der sich die neuen Länder befinden, auch auf diese Familien auswirkt. Es ist davon auszugehen, daß die finanzielle Situation dieser Familien eher angespannter geworden ist und die Familien unter dem Einkommensdurchschnitt liegen. Die Übertragung des sozialen Sicherungssystems der Bundesrepublik auf die neuen Länder (mit Übergangsregelungen bis Ende 1991) brachte für viele behinderte Menschen und deren Angehörige einerseits Leistungen und Hilfen, auf die nunmehr ein Rechtsanspruch besteht, andererseits Unsicherheiten und Ängste mit sich. Gerade in der Übergangszeit kam es dazu, daß bisherige finanzielle Leistungen wegfielen, während z. B. neue Einstufungen der Pflegebedürftigkeit noch nicht erfolgten oder für die neuen Leistungen andere Kriterien zugrundegelegt wurden.

9.13

Nach dem **Bundessozialhilfegesetz** soll häusliche Pflege ermöglicht werden, wenn sie nach der Besonderheit des Einzelfalls fachlich in Betracht kommt und die notwendige Pflege gewährleistet; der Sozialhilfeträger soll darauf hinwirken, daß die Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Darüber hinaus gilt der Vorrang der offenen Hilfe für den gesamten Anwendungsbereich des Bundessozialhilfegesetzes, weil ambulante Hilfen oft sachgerechter, menschenwürdiger und kostengünstiger sind. Reicht häusliche Pflege unter fachlichen Gesichtspunkten aus, kann sie nicht allein deshalb versagt werden, weil sie nicht billiger als stationäre Hilfe ist.

Um die Bereitschaft zur häuslichen Pflege zu fördern, sind im Bundessozialhilfegesetz eine Reihe von Leistungen — abgestuft nach der Schwere der Pflege — vorgesehen. So sind in leichten Pflegefällen dem Pflegebedürftigen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen gewährt werden. In schweren Pflegefällen ist die Zahlung eines pauschalierten Pflegegelds von zur Zeit 366 DM (neue Bundesländer: 281 DM) monatlich vorgesehen. Das Pflegegeld ist angemessen zu erhöhen, wenn der Zustand des Pflegebedürftigen außergewöhnliche Pflege erfordert; für Schwerstbehinderte beträgt es zur Zeit 997 DM (neue Bundesländer: 766 DM) monatlich. Seit 1991 ist Pflegegeld bereits vor Vollendung des ersten Lebensjahrs zu leisten, wenn infolge Krankheit oder Behinderung in erheblichem Umfang dauernd ein erhöhtes Maß von Wartung und Pflege erforderlich ist. Zusätzlich zum Pflegegeld sind die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. In leichten Pflegefällen können solche Beiträge übernommen werden.

Kann die häusliche Pflege im Einzelfall durch Familienangehörige oder andere dem Pflegebedürftigen nahestehende Personen nicht, zeitweise nicht (z. B. wegen einer Erkrankung oder Erholungsmaßnahme der Pflegeperson) oder nicht in vollem Umfange sichergestellt werden, kommt — gegebenenfalls ergänzend — die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft in Betracht, für deren Einsatz die angemessenen Kosten zu übernehmen sind, und zwar neben dem Pflegegeld; das Pflegegeld kann in einem solchen Fall um bis zu 50 v. H. gekürzt werden, so daß dem Pflegebedürftigen ein Betrag von mindestens 50 v. H. des Pflegegeldes verbleibt. Die Geldleistung nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für Schwerpflegebedürftige sowie die Pauschalbeihilfe nach den Beihilfavorschriften sind bis zum 31. Dezember 1994 nur mit 200 DM anzurechnen.

9.14

Behinderte Kinder, auch wenn sie schwerst- und mehrfachbehindert sind, können sich bei entsprechenden Hilfen am besten in der eigenen Familie entwickeln. Es entspricht ihren emotionalen und sozialen Bedürfnissen, wie andere Kinder bis zum jugendlichen- und Erwachsenenalter im Elternhaus zu leben. Als Erwachsene haben sie jedoch das Recht, sich von ihrer Familie zu lösen und andere, selbständigere Lebensformen zu erproben. Die **Ablösung von der Familie** im Erwachsenenalter gehört zur normalen Entwicklung; behinderte Menschen dürfen davon nicht ausgeschlossen werden.

Erfahrungen in verschiedenen Wohnprojekten für schwerstbehinderte jüngere Erwachsene verdeutlichen, daß sehr wesentlich ist, die Eltern in die Wohnraumplanung und Diskussion über das Selbständigwerden ihrer Kinder einzubeziehen. Auch konnte ein deutlicher Unterschied zwischen den Elterngenerationen bei der Unterstützung der Ablösung vom Elternhaus festgestellt werden; jüngere Eltern sind

eher bereit, die Ablösung als eine selbstverständliche Entwicklung anzusehen und sich bei der Gestaltung der künftigen Wohn- und Lebensform zu engagieren. Für den nicht immer einfachen Prozeß der Verselbständigung und Ablösung sind rechtzeitige Hilfen und Beratungsangebote sowohl für die Behinderten selbst als auch für die Eltern notwendig.

Eltern müssen ermutigt werden, ihren erwachsenen Kindern rechtzeitig eigene Wohn- und Lebensformen zuzugestehen, auch um der eigenen Überforderung im Alter und plötzlich auftretenden Notsituationen zu begegnen, in denen eine neue, dann meist nicht optimale Unterbringungsmöglichkeit gefunden werden muß. In den vergangenen Jahren haben sich verschiedene Formen der ambulanten Behindertenhilfe entwickelt, die unter anderem auch dem Ablösungsprozeß vom Elternhaus und der Aneignung von mehr Selbständigkeit dienen, beispielsweise Freizeitclubs, Reisemöglichkeiten, familienentlastende Dienste, verschiedene Formen der Kurzzeitunterbringung (nicht nur für Notsituationen) sowie Beschäftigungsstätten für den Personenkreis, der keine Werkstatt für Behinderte besuchen kann.

Die Vorbereitung im Elternhaus und in der Schule auf ein künftiges möglichst selbständiges Leben muß frühzeitig beginnen. Durch familienentlastende Hilfen sollten Angebote für heranwachsende behinderte Menschen den Ablösungsprozeß vom Elternhaus insoweit unterstützen, daß über das Verbleiben im Elternhaus der Wunsch des einzelnen entscheidend ist. Außerdem sollten ausreichend wohnortnahe Wohnmöglichkeiten unterschiedlicher Formen geschaffen werden.

9.15

In den neuen Bundesländern konnten Fragen und **Probleme des Erwachsenwerdens** und der Ablösung junger erwachsener Behinderter von der Familie bisher kaum thematisiert werden, da geeignete Wohnmöglichkeiten für schwerst- und mehrfachbehinderte, insbesondere jüngere Menschen nicht zur Verfügung standen. Anliegen in den neuen Ländern ist es daher zunächst, adäquate Wohnmöglichkeiten für diese Menschen als Grundlage für mehr Selbständigkeit zu schaffen. In besonderem Maße sind hier Behindertenverbände und Selbsthilfeorganisationen tätig; darüber hinaus wird diese Entwicklung in den neuen Ländern durch verschiedene Modellprojekte seitens der Bundesregierung und der einzelnen Länder unterstützt.

9.16

Über Fragen von **Partnerschaft und Sexualität behinderter Menschen** wird in den letzten Jahren zunehmend auch eine öffentliche Diskussion geführt. Die frühere Tabuisierung ist zwar noch nicht voll überwunden, aber allmählich setzt sich die Einsicht durch, daß diese Themen nicht ausgeklammert werden dürfen, weil es sich dabei um menschliche Erfahrungen handelt, die wesentlich zur Persönlichkeitsentwicklung, zur Verselbständigung und zur

Identitätsfindung beitragen können. Auch Menschen mit geistiger Behinderung, die voraussichtlich lebenslang auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sein werden, dürfen von diesen Erfahrungen nicht ausgeschlossen werden.

Im Vorfeld der Reform des Vormundschafts- und Pflégschaftsrechts wurde das Für und Wider einer Sterilisationsregelung für nicht einwilligungsfähige Erwachsene äußerst kontrovers diskutiert. Damit wurden die vielen ungeklärten Fragen und Ängste im Bereich von Sexualität und Partnerschaft deutlich. Nach der durch das Betreuungsgesetz seit 1992 geschaffenen Rechtslage dürfen Sterilisationen bei geistig Behinderten nur noch unter engen Voraussetzungen und nach Durchführung eines gerichtlichen Genehmigungsverfahrens vorgenommen werden. Der Eingriff bei Minderjährigen ist ausnahmslos verboten. Der Deutsche Bundestag hat die Bundesregierung aufgefordert, in regelmäßigen Zeitabständen über Erfahrungen mit der Sterilisationsregelung zu berichten.

Unabhängig von den Auswirkungen der gesetzlichen Regelung besteht jedoch die Notwendigkeit, Beratungskonzepte und konkrete Hilfen zu entwickeln, die auf die berechtigten Wünsche und Bedürfnisse geistig behinderter Menschen auf ihre (möglichen oder tatsächlichen) Erfahrungen mit Sexualität und Partnerschaft Rücksicht nehmen. Auch die Eltern geistig behinderter Kinder dürfen mit ihren Sorgen und Nöten nicht allein gelassen werden, die eine frühzeitige Sterilisation oft als einzige verlässliche Lösung erscheinen lassen. Die Erfahrungen der Beratungsstellen mit entsprechenden Gesprächsangeboten zeigen, daß es Alternativen zur Sterilisation gibt, die die individuelle Situation des behinderten Menschen berücksichtigen und einen angemessenen Umgang mit Partnerschaft, Kinderwunsch und Verhütung ermöglichen. Die Bemühungen um die Weiterentwicklung sexualpädagogischer Konzepte und Angebote für Behinderte, ihre Eltern und ebenso für Mitarbeiter in offenen und stationären Einrichtungen müssen fortgesetzt werden; die bereits vorliegenden Erfahrungen bestätigen, daß auf seiten der Betroffenen ein großer Bedarf besteht.

Auch muß akzeptiert werden, daß es geistig behinderte Mütter und Väter mit Kindern gibt und immer wieder geben wird. Verdrängung und Tabuisierung sind hier wenig hilfreich. Vielmehr müssen Hilfsangebote entwickelt und bereitgestellt werden, die eine angemessene Lösung ermöglichen und sowohl den Interessen der Eltern als auch den Bedürfnissen der Kinder gerecht werden. Um aus den bisherigen Erfahrungen Klarheit über die notwendigen Hilfen zu gewinnen, fördert das Bundesministerium für Familie und Senioren ein Forschungsprojekt zur Lebenssituation und -perspektive geistig behinderter Eltern und ihrer Kinder; die Ergebnisse sollen Anfang 1995 vorliegen.

9.17

Etwa 10 v.H. der **Frauen** in der Bundesrepublik Deutschland müssen mit einer Behinderung entwe-

der von Geburt an oder als Folge von Unfällen oder Krankheiten leben. Die Probleme dieser Frauen fanden in der öffentlichen Diskussion lange Zeit kaum Beachtung; allmählich ändert sich jedoch die Situation. Immer mehr betroffene Frauen wagen es, sich an die Öffentlichkeit zu wenden, um auf ihr Schicksal aufmerksam zu machen; auch von Behindertenverbänden und Selbsthilfeorganisationen werden Belange behinderter Frauen zunehmend deutlicher thematisiert, und durch entsprechende Publikationen werden die spezifischen Probleme behinderter Frauen zunehmend in das Bewußtsein der Öffentlichkeit gerückt. Unter dem Titel „Behinderte Frauen in unserer Gesellschaft“ erschien 1989 ein mit Mitteln des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit gefördertes Buch, das Beiträge zu vielen relevanten Aspekten enthält.

Mangelndes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl vieler Frauen und Mädchen waren nicht zuletzt ein Grund dafür, daß die Betroffenen bislang kaum den Mut fanden, auf ihre Probleme aufmerksam zu machen. Behinderte Frauen fühlen sich oft in doppelter Hinsicht benachteiligt, da die Behinderungen nicht nur Auswirkungen auf die berufliche Arbeit und die zu erwerbende Qualifikation haben, sondern auch — und sehr viel stärker als bei Männern — Möglichkeiten von Partnerschaft, Ehe und Familie beeinflussen. Da durch die Behinderung oftmals beide Bereiche Einschränkungen erfahren, bedeutet das für viele behinderte Frauen sowohl eine Verschärfung von Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt als auch geringere Chancen, soziale Anerkennung über Partnerschaft und familiäre Arbeit zu gewinnen. So haben Untersuchungen beispielsweise gezeigt, daß etwa die Hälfte betroffener Frauen ohne feste Partnerschaft lebt; demgegenüber ist nur jeder vierte behinderte Mann nicht verheiratet.

In Publikationen von und über Frauen mit Behinderungen wird immer wieder deutlich, daß sie in erster Linie Frauen sind und auch als solche behandelt und nicht, wie das häufig geschieht, als geschlechtsneutrale Wesen betrachtet werden wollen. In noch größerem Umfang als bei behinderten Männern nimmt die Familie für Frauen und Mädchen eine Schlüssel-funktion ein. Obwohl behinderte Mädchen und Frauen den geringeren Anteil an der Gesamtzahl behinderter Menschen bilden, bleiben wesentlich mehr von ihnen in der Familie oder leben in einem Heim, ohne — wie die Mehrzahl der behinderten Männer — die Chance zu einer beruflichen Bildung und Integration in das Arbeitsleben zu erhalten. Das Bundesministerium für Frauen und Jugend plant für 1995 eine Untersuchung zur Lebenssituation behinderter Frauen in der Bundesrepublik Deutschland; im Rahmen der Untersuchung sollen auch Gewalterfahrungen thematisiert werden.

9.18

Wenn viele behinderte Frauen und Mädchen keine Möglichkeit haben, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, haben sie auch **keine eigenen Ansprüche auf Leistungen** beispielsweise

der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung; für sie treten bei der sozialen Absicherung deutliche Lücken auf. Das betrifft insbesondere behinderte Frauen, die zu siebzig Prozent im Haushalt tätig — und damit nicht erwerbstätig — sind; sie erhalten zwar Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie dort (mit-) versichert sind, jedoch keine spezifischen Rehabilitationsmaßnahmen für ihre Aufgaben als Hausfrau. Ähnlich ist die Situation, wenn behinderte Hausfrauen auf technische Hilfsmittel angewiesen sind, die ihr Alltagsleben erleichtern; für berufstätige behinderte Menschen sind Hilfsmittel in der Regel leichter zugänglich als für Behinderte, die lediglich „im Haushalt“ tätig sind — und das sind in der Mehrzahl Frauen.

Da viele betroffene Frauen nicht die Möglichkeit haben, durch Erwerbstätigkeit oder Mitversicherung Ansprüche auf Sozialleistungen zu erwerben, und auch von der Familie oder dem Partner seltener notwendige Hilfe und Unterstützung erhalten, stellt sich für Frauen die Frage einer stationären Versorgung viel schneller als bei behinderten oder pflegebedürftigen Männern, die in der Regel wesentlich länger durch Ehefrau, Tochter oder Schwiegertochter in der Familie betreut werden. Dies ist auch einer der Gründe für den wesentlich höheren Anteil an Frauen, die in stationären Alten- und Behinderteneinrichtungen betreut werden.

9.19

Behinderte Frauen brauchen stärker als bisher kompetente **Hilfe und Beratung**, um die differenzierten Möglichkeiten der Rehabilitation, die die verschiedenen Leistungsträger bereithalten, auch tatsächlich ausschöpfen zu können. Auch wird die Gesellschaft insgesamt sich noch intensiver den Belangen und Problemen von Frauen mit Behinderungen widmen müssen; um ihnen eine bessere Integration in die Gemeinschaft zu ermöglichen, geht es sowohl um die Veränderung konkreter Lebensbedingungen als auch grundsätzlich um Einstellung und Haltung gegenüber behinderten Frauen.

In Hessen wurde z. B. als organisatorischer Schritt zu Autonomie und Selbsthilfe ein Netzwerk behinderter Frauen finanziell gefördert, damit die Forderungen behinderter Frauen ernst genommen und die für ihre Situation notwendigen und angemessenen Rahmenbedingungen und Hilfen geschaffen werden können. Bei Programmen zur beruflichen Wiedereingliederung Schwerbehinderter und für Langzeitarbeitslose wurden mit Frauenförderungskriterien, vor allem einer Frauenquote, Signale für gleiche Rehabilitations- und Eingliederungschancen gesetzt. In den hessischen Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken wird diskutiert, welche institutionellen Veränderungen den Frauen einen besseren Zugang zur beruflichen Rehabilitation öffnen können.

Behinderte Frauen in den neuen Bundesländern haben es noch schwerer als weibliche Behinderte in den alten Bundesländern, wenn sie zusätzlich zu ihren behinderungsspezifischen Problemen von der durch

Betriebsstillegungen bedingten Arbeitslosigkeit betroffen sind. Die Koordination der zur Eingliederung behinderter Frauen erforderlichen Dienste und Einrichtungen wird weiterhin ein wichtiges Thema bleiben, um durch Verbandsmitarbeit und -gestaltung sowie durch die Inanspruchnahme von Fürsorgeleistungen der behinderten Frau ein wachsendes Selbstbewußtsein und damit auch neue Lebensqualität zu geben.

9.20

Der Bundesjugendplan, der im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Frauen und Jugend liegt, enthält ein spezielles Förderprogramm für **Jugendarbeit mit Behinderten**. Ziele dieses Programms sind, junge Behinderte in der Entfaltung ihrer Persönlichkeit zu fördern sowie zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und zur Übernahme sozialer Verantwortung zu befähigen, und zwar durch

- Angebote der Begegnung und des gemeinsamen sozialen Lernens von Behinderten und Nichtbehinderten,
- Einbeziehung in die allgemeine Jugendarbeit sowie
- das Engagement in Selbsthilfegruppen.

Einen Schwerpunkt in diesem Programm stellt der Aufbau der Jugendarbeit mit Behinderten in den neuen Ländern dar. Zu diesem Zweck wird u. a. unter Mitwirkung des Bundesministeriums ein Handbuch für Behinderte als Hilfe zur Selbsthilfe erarbeitet, das insbesondere die Gründung von Initiativgruppen in den neuen Ländern unterstützen soll. Für das Programm stehen knapp 3,2 Mio DM zur Verfügung. Daraus werden derzeit 21 Verbände gefördert, die sich besonders um die Integration junger Behinderter in die Gesellschaft bemühen. Hierbei handelt es sich sowohl um Fachverbände der Behindertenarbeit als auch um bundeszentrale Jugendorganisationen, die sich die Integration junger Behinderter in ihrer laufenden Jugendarbeit zum Ziel gesetzt haben.

Darüber hinaus sind alle Träger der Jugendarbeit aufgerufen, in alle ihre Aktivitäten jugendliche Behinderte einzubeziehen und allen Beteiligten gemeinsame Erfahrungen in Freizeit, außerschulischer Bildung und sozialem Engagement zu ermöglichen.

10. Alter und Behinderung

10.1

Mehr als die Hälfte aller anerkannten Behinderten ist über 65 Jahre alt. Die Lebensspanne Behinderter nach Ausscheiden aus der Berufstätigkeit eröffnet vielschichtige sozialpolitische Probleme, für die es derzeit noch keine ausreichenden und umfassenden Lösungen gibt, z. B. im Hinblick auf Wohnen mit erhöhtem Hilfebedarf, Tagesstrukturierung, Förderung. Es gilt, angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein **Altern von Behinderten** in größtmöglicher Selbständigkeit und Würde ermöglichen.

Dabei muß der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ systematisch verankert werden. Aber auch bei bereits pflegebedürftigen Behinderten ist Sorge zu tragen, daß der Zustand der Pflegebedürftigkeit, wenn möglich, gemindert oder überwunden werden kann.

Die Verbesserung der Lebensverhältnisse und Zukunftsperspektiven älterer behinderter Menschen bildet einen Schwerpunkt der Politik der Bundesregierung. Ein wichtiger Bereich ist die Mitwirkung an Fragen und Problemlösungen der Eingliederung Behinderteter im Seniorenalter mit dem Ziel, daß Behinderte mit zunehmendem Alter ohne Ausgrenzung und Isolation weiterhin am Leben in der Gesellschaft teilnehmen können. Die Bundesregierung fördert im Rahmen des Bundesaltensplans modellhafte Maßnahmen der Träger und Fachverbände und unterstützt Fachtagungen und Veranstaltungen, die Konzeptionen und Strategien für das Leben von Behinderten im Seniorenalter erarbeiten.

10.2

Ein herausragendes Aktionsfeld der nächsten Jahre und Jahrzehnte wird die **Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“** sein, und zwar vor allem für die medizinische Rehabilitation, aber auch in ihrem Zusammenspiel mit den Hilfen zur Teilnahme am Leben in der Gesellschaft generell. Zielgruppe sind vornehmlich betagte und hochbetagte Menschen, denn Pflegebedürftigkeit ist in erster Linie eine Begleiterscheinung höheren und hohen Alters.

Der Anteil der älteren Menschen in der Bundesrepublik wächst und mit ihm auch die Zahl an betagten Kranken und Behinderten; nach Schätzungen sind etwa 30 v. H. der über 80jährigen auf Hilfe oder Pflege unterschiedlicher Art angewiesen oder werden dies sein. Krankheiten und ihre Verläufe im Alter sind von Besonderheiten geprägt:

- Multimorbidität und chronische Leiden überwiegen;
- physiologische Rückbildungsvorgänge an vielen Organen vermindern deren Belastbarkeit, z. B. bei zusätzlichen Akuterkrankungen;
- die häufigen chronischen Leiden im Alter greifen die psychische Stabilität an.

Aufgabe der Rehabilitation ist daher, mit allen geeigneten Mitteln

- Pflegebedürftigkeit nach Möglichkeit zu vermeiden und, wenn dies nicht gelingt,
- das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit zu mindern und, soweit möglich, auch bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit zu beseitigen sowie
- bei bestehender Pflegebedürftigkeit eine Verschlimmerung zu verhüten.

Die Verfolgung dieser Ziele erfordert entsprechende gesetzliche Vorgaben. Nachdem der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ bereits seit längerem im Bundessozialhilfegesetz verankert ist, wurden die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 1989 erst-

malig auch auf diese Ziele ausgerichtet. Angestrebt wird, den Grundsatz für weitere Rehabilitationsträger festzuhalten, um Leistungen mit dieser Zielsetzung in allen relevanten Sozialleistungsbereichen abzusichern. Die von der Bundesregierung vorgeschlagene soziale Pflegeversicherung wird Rehabilitations- und Pflegeleistungen miteinander verknüpfen und dem Grundgedanken „Rehabilitation vor Pflege“ noch zusätzlich Geltung verschaffen.

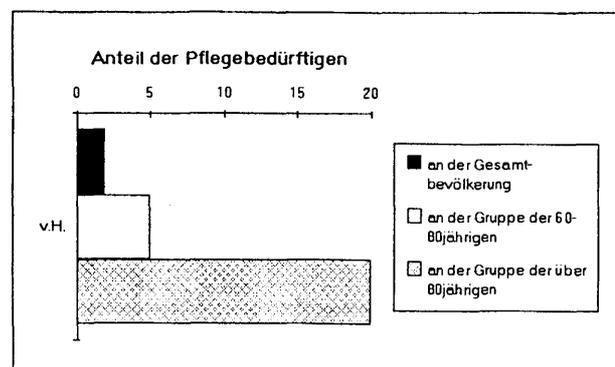
10.3

Die Bundesregierung sieht in den Bemühungen zur **Rehabilitation Pflegebedürftiger** und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen in erster Linie ein geeignetes Mittel, um die Betroffenen darin zu unterstützen, ihre selbständige Lebensführung zu erhalten oder wiederzuerlangen, zusätzlich aber auch einen Ansatzpunkt, um dem immer wieder beschworenen „Pflegenotstand“ entgegenzuwirken.

Altersstruktur und Lebenserwartung der Bevölkerung verdeutlichen die Probleme und unterstreichen den sozialpolitischen Stellenwert der Problematik. In den nächsten Jahren werden sich die Bevölkerungsanteile der Altersgruppen (in v. H.) voraussichtlich wie folgt entwickeln:

	unter 20 J.	20 bis unter 60 J.	60 bis unter 80 J.	80 Jahre und mehr
1992	21,5	58,0	16,6	3,9
2000	21,7	55,1	19,7	3,5
2010	19,5	55,1	20,7	4,7
2020	17,9	53,5	22,6	6,0
2030	18,0	48,2	27,7	6,1
2039	17,8	48,8	26,1	7,3

Statistische Erhebungen gehen von derzeit rund 1,7 Mio erheblich, schwer- und schwerstpflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland aus; dies sind rund 2,1 v. H. der Gesamtbevölkerung.



Bei einer Verlängerung der Lebenserwartung wird davon ausgegangen, daß der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunehmen und

im Jahr 2039 einen Bevölkerungsanteil von 3,5 v. H. erreichen wird.

10.4

Nach vorliegenden Erfahrungen kann eine effektive Rehabilitation in einer Vielzahl von Fällen verhindern, daß alte Menschen nach einer stationären medizinischen Behandlung in Alten- oder Pflegeheime übersiedeln müssen. Studien vom Bund geförderter **Modelleinrichtungen für geriatrische Rehabilitation**, z. B. des Albertinenhauses in Hamburg, belegen, daß bis zu 80 v. H. der dort behandelten Patienten nach Hause entlassen werden können. Das verlangt allerdings, daß alle Lebensbereiche des Patienten einbezogen werden müssen, daß seine Bemühungen zur Bewältigung von komplexen Situationen unterstützt und durch wiederholte Behandlung gefestigt werden müssen. Gerade für Ältere ist eine sinnvolle aktivierende Behandlung und damit der sofortige Beginn einer Rehabilitation im Allgemein-krankenhaus notwendig.

Diese Erfolge sind derzeit im Rahmen von „allgemeinen“ stationären Behandlungsmaßnahmen nicht zu erzielen. Da alte kranke Menschen in der Regel eine längere Zeit als jüngere für ihre Rekonvaleszenz benötigen, nimmt derzeit der Anteil alter Menschen an der Zahl der Patienten in den Krankenhäusern mit einer Verweildauer von 25 Tagen und länger stetig zu. Etwa 40 v. H. aller Pflagetage entfallen auf die Gruppe der über 65jährigen. Es ist eher die Regel, daß Betten in Akutkrankenhäusern bis zu 25 v. H. mit Pflegebedürftigen belegt sind, ohne daß dort eine gezielte Rehabilitation durchgeführt wird. Wie bereits ausgeführt, ist dies in erster Linie darauf zurückzuführen, daß dort in der Mehrzahl der Fälle

- kein „Reha-Basisteam“ aus geriatrisch weitergebildeten Ärzten, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Mitarbeitern des Sozialdienstes existiert,
- die erforderlichen apparativen Voraussetzungen für eine gezielte Rehabilitation nicht gegeben sind und
- viele Krankenhausärzte nicht oder nur unzureichend über die rehabilitativen Möglichkeiten informiert sind.

Die Länder und die gesetzliche Krankenversicherung als Hauptverantwortliche sind deshalb aufgerufen, für eine spezifische, bedarfs- und flächendeckende personelle und apparative Ausstattung des Krankenhausbereichs Sorge zu tragen. Da Aktivitäten angesichts der aufgezeigten Probleme möglichst kurzfristig greifen sollten, bietet sich hier z. B. eine „Umwidmung“ nicht mehr benötigter Krankenhausbetten und -abteilungen an, die allerdings nicht nur formal sein darf. Gleichzeitig muß die ärztliche Aus- und Fortbildung auf diesem Sektor intensiviert werden.

In einigen Bundesländern (z. B. Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz) wurde bereits unter aktiver Mitwirkung der Krankenkassen und ihrer Verbände mit der Aufstellung von „Geriatriepänen“ begon-

nen. Mit der Einrichtung von „Geriatrischen Schwerpunkten“ in jeweils einem Krankenhaus der Städte und Landkreise will das Land Baden-Württemberg die Betreuung und Rehabilitation alter Menschen entscheidend verbessern.

10.5

Auch für die Rehabilitation mit dem Ziel, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder zu beseitigen, muß der Grundsatz „**ambulant vor stationär**“ gelten. Deshalb und weil dies in besonderem Maße der (Wieder-)Verselbständigung der Betroffenen dient, ist anzustreben, die stationäre Behandlung auf das erforderliche Maß zu beschränken und einen noch bestehenden Rehabilitationsbedarf teilstationär oder ambulant zu befriedigen. Ist eine ausschließlich ambulante Versorgung ausreichend, muß diese den Vorzug vor teilstationären oder stationären Maßnahmen erhalten.

Ein derart abgestuftes Rehabilitationssystem, das je nach Lage und Bedarf des Einzelfalls auch in Teilbereichen genutzt werden kann, ist allerdings nur funktionsfähig, wenn die benötigten Hilfen auch tatsächlich zur Verfügung stehen und somit ein Übergang des Rehabilitanden von der einen zur anderen Stufe ohne Zeitverzögerung möglich ist. Außerdem muß den einzelnen Hilfsangeboten ein integriertes Rehabilitationskonzept zugrundeliegen, das eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten sicherstellt; dabei kommt den niedergelassenen Ärzten eine Schlüssel-funktion zu.

In der Praxis besteht derzeit noch eine erhebliche Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit; obwohl bereits erkennbare Fortschritte erzielt wurden, ist die Situation sowohl im Bereich der stationären Versorgung geriatrischer Patienten als auch im teilstationären und ambulanten Bereich unbefriedigend. Nach einer Studie, die 1990 im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit zur Feststellung des Gesamtbestandes durchgeführt wurde, hat im Vergleich zu einer Untersuchung des Deutschen Zentrums für Altersfragen aus dem Jahr 1979 das Angebot an stationären geriatrischen und psychogeriatrischen Einrichtungen in den alten Bundesländern zugenommen und ist auch vielfältiger geworden. Während 1979 nur 65 geriatrische und 73 psychogeriatrische Einrichtungen erfaßt werden konnten, wurden 1990 bereits 110 geriatrische und 109 psychogeriatrische Kliniken und Abteilungen nachgewiesen; die Zahl der planmäßigen Betten lag bei rund 20 000, wobei allerdings rund 1/3 in den Krankenhausbedarfsplänen als internistische oder psychiatrische Betten ausgewiesen waren.

Darüber hinaus existierten 1991 in den alten Bundesländern 14 geriatrische Tageskliniken mit insgesamt 305 Plätzen und weitere 14 psychogeriatrische Tageskliniken mit insgesamt 247 Plätzen; weitere Einrichtungen befanden sich in der Planung. Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Sachverständigenkommission, die mit der Erstellung des Ersten Altenberichts der Bundesregierung beauftragt wurde, daß das bestehende Angebot an statio-

nären und teilstationären geriatrischen und psychogeriatrischen Einrichtungen dringend der Ergänzung bedarf, um die Versorgungslage für somatisch und psychisch kranke ältere Menschen entscheidend zu verbessern.

10.6

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der geriatrischen Rehabilitation ist im August 1993 auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung die „Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen“ gegründet worden, um die gemeinsamen Bestrebungen auf dem Gebiet der geriatrischen Rehabilitation zu koordinieren. Ziel der Bundesarbeitsgemeinschaft ist es, die Bedeutung der geriatrischen Rehabilitation im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung mit Blick auf die Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ darzustellen, insbesondere ihre Eigenständigkeit, aber auch die Verbindungen zur Akutbehandlung und zu den übrigen Bereichen der Rehabilitation. Weiteres Ziel ist, die Qualität, Weiterentwicklung und Kooperation der geriatrischen Rehabilitation sowie die Einbindung der Geriatrie innerhalb der Universitäten zu fördern. Außerdem sind zwei Akademien für die Fort- und Weiterbildung von Fachkräften in der Geriatrie geplant.

Darüber hinaus strebt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung an, im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen die Einführung und die Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes durch beispielhafte Vorhaben vorzubereiten und zu begleiten, insbesondere durch

- den Ausbau der pflegerischen Infrastruktur,
- die Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Pflege Beteiligten,
- Fortbildung des Pflegepersonals in aktivierender Pflege,
- Behebung spezifischer Pflegedefizite, z. B. durch psychogeriatrische Betreuung verwirrter alter Menschen in Heimen oder durch technischen Wohnungsumbau, sowie
- Beratung der Angehörigen für die Nutzung der Einrichtungen und für die Wahrnehmung ihrer sozialrechtlichen Ansprüche.

Das Modellprogramm unterstützt unter anderem auch die Integration rehabilitativer Hilfen in die Gesamtversorgung durch ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste und Einrichtungen und die Verbesserung der Koordination dieser Dienste und Einrichtungen. Das Modellprogramm fördert auch Einrichtungen für behinderte Pflegebedürftige. In den neuen Bundesländern wird der Aufbau einer bedarfsgerechten Pflegeversorgung vorangetrieben, in den alten Ländern neben dem Ausgleich von Engpässen vorrangig im teilstationären Bereich die funktionsgerechte, bürgernahe Gestaltung und Nutzung von Einrichtungen und Diensten verbessert.

10.7

Die Bundesregierung unterstützt Forderungen z. B. des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, die sich vor allem an die Länder, Leistungsträger und Verbände richten und den Aufbau eines fachqualifizierten, regelhaft verfügbaren Rehabilitationsangebots für ältere Menschen in einem überschaubaren Zeitraum zum Ziel haben. Die finanziellen Möglichkeiten der Träger sind dabei allerdings zu berücksichtigen. Die Länder werden gebeten, den Aufbau bedarfsdeckender Rehabilitationsangebote für ältere Menschen verbindlich in die entsprechenden **Fachplanungen des Gesundheits- und Sozialwesens** aufzunehmen.

Die einschlägig tätigen Träger und Verbände sollten die verschiedenen Komponenten des Rehabilitationssystems regelmäßig in ihren Projektplanungen vorsehen. Außerdem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Standesorganisationen angetragen, auf eine bedarfsorientierte Verordnungspraxis der Ärzteschaft sowie auf ärztliche Weiterbildung im Fachbereich „Geriatrie“ hinzuwirken. Eine spezifische Weiterbildung sollten auch weitere einschlägige Fachberufe — insbesondere im Bereich der Alten- und Krankenpflege — erfahren.

10.8

Das geltende **Leistungsrecht** bietet hinreichende Grundlagen, den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ in der Praxis verstärkt umzusetzen. Die Anwender können die leistungsrechtlich gegebenen Möglichkeiten zielgerichtet und effizient nutzen — auch bei Pflegebedürftigen, die sich bereits in Heimpflege befinden. Erforderliche Aufklärungsarbeit mit dem Ziel vermehrter Aktivitäten auf diesem Sektor soll auch die „Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen“ leisten, die die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung erstellt hat. Die große Nachfrage nach dieser Broschüre verdeutlicht den Informationsbedarf und das Interesse der Fachöffentlichkeit an diesem Thema.

10.9

Der Aufbau eines Rehabilitationsangebots auch für ältere Menschen ist in erster Linie unter dem Gesichtspunkt geboten, **humane Lebensbedingungen im Alter** herzustellen und zu erhalten. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung und verminderte Abhängigkeit von fremder Hilfe tragen wesentlich dazu bei, Lebensqualität zu erhalten, zu verbessern oder wiederzugewinnen. Dabei hat Rehabilitation zu berücksichtigen, daß kranken alten Menschen hinsichtlich ihrer körperlichen und geistig-seelischen Belastbarkeit Grenzen gesetzt sind; dies erfordert die Definition einzelfallbezogener, realistischer Rehabilitationsziele. Für viele alte Menschen ist als Rehabilitationsziel nicht wichtig, einen Hundertmeterlauf zu gewinnen, sondern das Bett verlassen oder selbständig die Mahlzeiten einnehmen zu können.

Die Einsicht, daß Rehabilitation sich auch im Alter lohnt und die Inanspruchnahme der hierzu erforderlichen medizinischen Rehabilitationsleistungen nicht nur im Interesse der Betroffenen liegt, muß bei allen Beteiligten durch Beratungs-, Überzeugungs- und Motivationsarbeit bestärkt oder vermittelt werden. Von elementarer Bedeutung ist deshalb, daß ältere Menschen bereits mit Beginn und während des Rehabilitationsprozesses erforderliche rehabilitationsbegleitende Hilfen erhalten.

Der Auftrag zur Rehabilitation älterer Menschen richtet sich deshalb nicht nur an die Institutionen des Gesundheitswesens, sondern an alle Träger von Einrichtungen und Diensten, die für ältere Menschen tätig sind. Rehabilitation ist deshalb auch eine Aufgabe der Altenhilfe; auch deren Einrichtungen und Dienste müssen rehabilitative Zielsetzungen und Methoden in ihre Arbeit einbeziehen.

Einen wesentlichen Beitrag können in diesem Bereich künftig die Sozialstationen leisten. Mit beträchtlicher finanzieller Unterstützung seitens der Bundesregierung ist es gelungen, auch in den neuen Bundesländern ein flächendeckendes Netz von annähernd 900 Sozialstationen aufzubauen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation untersucht im Rahmen eines Forschungsvorhabens die Strukturen und Konzepte der ambulanten Rehabilitation in Sozialstationen. Dabei geht es insbesondere darum zu erfahren,

- welche Art von Rehabilitationsleistungen
- für welchen Personenkreis
- in welchem Umfang
- mit welchem personellen, organisatorischen, sachlichen und finanziellen Aufwand
- in Kooperation mit welchen Diensten und Berufsgruppen

im Rahmen der Arbeit von Sozialstationen erbracht werden. Ziel der Untersuchung ist die Entwicklung eines praktisch umsetzbaren Konzepts ambulanter Rehabilitation auf der Basis der bisherigen praktischen Erfahrungen.

Darüber hinaus kommen je nach Lage des Einzelfalles weitere vielfältige Angebote der offenen Altenhilfe in Betracht. Die Bundesregierung unterstützt Bestrebungen, neue Hilfeformen und Dienste zu erproben oder bereits bestehende weiterzuentwickeln, um die Angebotssituation weiter zu verbessern. Dabei könnte unter Umständen auch die Umsetzung des Modells der „persönlichen Assistenz“ in der Sache weiterführen, ohne daß hierzu bereits zum jetzigen Zeitpunkt eine abschließende Bewertung abgegeben werden kann. Von besonderem Interesse wird in diesem Zusammenhang auch sein, ob und wie sich die ersten „Behinderten-Assistenten“, die derzeit von der Bundesanstalt für Arbeit im Rahmen eines modellhaften Lehrgangs ausgebildet werden, in der Praxis bewähren.

10.10

Die Rehabilitation alter kranker Menschen gestaltet sich insgesamt als ein Prozeß, dessen Verlauf und Ende offen ist. Dabei sind wesentliche und unverzichtbare **Methoden** geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitation, insbesondere

- aktivierende therapeutische Pflege,
- Behandlungspflege mit Beginn unmittelbar nach Eintreten der krankhaften Störung,
- kognitive Trainingsverfahren,
- Bewegungs- und Ergotherapie,
- Realitätsorientierungstraining,
- Logopädie,
- Partner- und Familientherapie,
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen für ältere Menschen und ihre Angehörigen,
- Alten- und Angehörigenberatung.

Besonderer Berücksichtigung im Rehabilitationssystem bedürfen verwirrte alte Menschen sowie alte Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern. Der Aufbau entsprechender ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen, Dienste und Einrichtungen ist ein wichtiger Bestandteil gemeindenaher Psychiatrie sowie von Einrichtungen der Altenhilfe und Sozialstationen. Vorrangig gilt es, die gerontopsychiatrische Kompetenz in den vorhandenen Versorgungsstrukturen zu erhöhen. Die nähere Ausgestaltung dieser Angebote sollte auf der Grundlage bereits gewonnener Erkenntnisse, insbesondere der „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ erfolgen. Hierzu leistet auch die Bundesregierung im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag.

So wurden auf ihre Veranlassung innerhalb des Modellverbands „Psychiatrie“ modellhaft neue Formen ambulanter gerontopsychiatrischer Versorgung erprobt. Zu diesem Zweck wurden bisher eine gerontopsychiatrische Tagesstätte mit aktivierender und tagesstrukturierender Betreuung, ein mobiler sozialpsychiatrischer Dienst für psychisch kranke alte Menschen sowie ein Übergangswohnheim für gerontopsychiatrische Patienten als Bestandteile einer stadtteilnahen gerontopsychiatrischen Förderung und Pflege eingerichtet. In der Modellerprobung befindet sich derzeit ein flächendeckender ambulanter gerontopsychiatrischer Dienst als Kooperationsmodell mit Diensten aus dem Bereich der Altenpflege, der allgemeinen Psychiatrie und stationären Versorgungseinrichtungen; des weiteren ein gerontopsychiatrisches Verbundnetz innerhalb der Altenhilfe sowie eine gerontopsychiatrische Tagesstätte als Bestandteil einer Sozialstation. Für besonders wichtig erachtet die Bundesregierung auch den Auf- und Ausbau mobiler Dienste, die alten kranken Menschen ermöglichen, insbesondere krankengymnastische und ergotherapeutische Leistungen in ihrer Häuslichkeit in Anspruch zu nehmen.

11. Teilhabe Behinderter am Leben der Gesellschaft insgesamt

11.1

Nach wie vor ist die **volle Teilhabe behinderter Menschen am Leben der Gemeinschaft** das eigentliche Ziel aller Rehabilitationsmaßnahmen und -hilfen. Integration und Normalisierung sind Konzepte, die sich in allen Bereichen des täglichen Lebens verwirklichen lassen, wenn Bereitschaft besteht, Menschen mit Behinderungen als selbständige, aktive Partner in Rehabilitation und Gesellschaft zu sehen und Voraussetzungen für ein Höchstmaß an Unabhängigkeit in der eigenen Lebensplanung und -gestaltung zu schaffen.

Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft heißt, Zugang zu haben und nicht aufgrund einer Behinderung ausgeschlossen zu sein, aber auch, daß die erforderlichen Hilfen für eine solche „normale“ Lebenswirklichkeit zur Verfügung stehen müssen. Hilfen zur Eingliederung und die Forderung nach einem „Leben so normal wie möglich“ dürfen im übrigen nicht als einseitige, an behinderte Menschen gerichtete Anpassungsforderung mißverstanden werden. Integration ist immer ein wechselseitiger Prozeß, an dem sich Menschen mit und ohne Behinderungen in gleicher Weise beteiligen müssen; es gilt anzuerkennen, daß Menschsein auch das Recht auf Anderssein umfaßt und daß Anderssein nicht zur Ausgrenzung aus dem Leben der Gesellschaft führen darf.

Gemessen an diesem Anspruch sind weiterhin Defizite und immer wieder Rückschläge im Bereich der allgemein-gesellschaftlichen Eingliederung festzustellen, obwohl Information und Aufklärung bereits spürbar zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit geführt haben; in einer freien und offenen Gesellschaft kann angemessener Umgang mit behinderten Menschen letztlich nicht angeordnet werden, sondern muß als selbstverständlich empfunden werden. Der stetige Prozeß der Bewußtseins- und Verhaltensänderung muß unter Einbezug der gesellschaftlichen Veränderungen fortgesetzt werden, die sich durch die Einigung Deutschlands und das Zusammenwachsen Europas ergeben. Er betrifft, wie sich an vielen Einzelheiten dieses Berichts zeigt, letztlich alle Bereiche des öffentlichen und privaten Lebens.

11.2

Verbände und Selbsthilfeorganisationen der Behinderten beklagen gerade in den letzten Monaten vermehrt Vorfälle von **Aggression gegenüber Menschen mit Behinderungen** und ihren Angehörigen, und zwar sowohl gegen einzelne als auch gegen Behindertenheime oder Schulen für behinderte Kinder. Tendenzen zur Ausgrenzung, z. B. durch den Protest von Anwohnern gegen den Zuzug von behinderten Menschen in ihre Wohnumgebung, gehören noch nicht der Vergangenheit an. Das Forum „Gegen Gewalt an behinderten Menschen“ erfaßte von Mitte November 1992 bis Mitte Mai 1993 80 Fälle von gewalttätigen Übergriffen gegen behinderte Menschen im gesamten Bundesgebiet. Bei 30 Fällen handelte es

sich um direkte physische Gewalt gegen einzelne behinderte Menschen, und zwar in Form von Schlägen, Tritten, sogar Verbrennungen und — in einem Fall — Entführung mit anschließender tagelanger Folter. In etwa zehn Fällen dürfte schwere Körperverletzung vorliegen; ein behinderter Mann wurde zu Tode geprügelt. Bei den übrigen rund 50 Fällen handelt es sich um unterschiedliche Formen von verbaler und psychischer Gewalt, insbesondere Beschimpfungen unterschiedlicher Art bis zu Morddrohungen. In Einzelfällen führte diese bedrohliche Entwicklung dazu, daß behinderte Menschen in der Öffentlichkeit auf ihre Hilfsmittel (z. B. Blindenstock) verzichten, um nicht als potentielle Opfer erkannt zu werden.

An physischen Gewalttätigkeiten gegen Behinderte waren vornehmlich junge Menschen beteiligt, die in der Regel zu zweit oder zu dritt auftraten und überwiegend dem rechtsextremen Bereich zuzuordnen sind; ihre generell erhöhte Gewaltbereitschaft richtet sich bei ihnen oft zufällig gegen Behinderte. Insbesondere verbale Gewalt geht jedoch auch von eher unauffälligen, der Mittelschicht zuzuordnenden Menschen aus. Auch wenn der Bundesregierung keine Erkenntnisse vorliegen, daß Behinderte in stärkerem Maße als andere Bürger Opfer von Gewalttaten werden, verurteilt sie alle ihr bekannt gewordenen Angriffe auf behinderte Menschen; die Bundesregierung hat den Ländern gegenüber, die für die Verfolgung derartiger Straftaten zuständig sind, wiederholt auf die Problematik der Gewalt gegen Behinderte hingewiesen.

Das zu trauriger Berühmtheit gelangte „Flensburger Urteil“, das einer Familie Schadensersatz zubilligte, weil sie im Hotel gemeinsam mit einer Gruppe behinderter Menschen die Mahlzeiten einnehmen mußte und nach Auffassung des Gerichts allein durch den Anblick dieser Menschen materiellen Schaden erlitt, zeigt, daß Diskriminierung und Ausgrenzung selbst im Gewand angeblichen Rechts zu finden sind. Es kann nicht Aufgabe von Reisebüros und Gaststätten sein, ihre behinderten und nichtbehinderten Gäste danach einzuschätzen, ob deren Anblick Schadenersatzansprüche anderer Kunden nach sich ziehen könnte. Der öffentliche Protest gegen dieses Urteil — auch im Europäischen Parlament —, das Eintreten der Medien für behinderte Menschen und die von vielen Menschen mit politischer Verantwortung erklärte Solidarität machen behinderten Menschen aber Mut, sich als gleichberechtigte und vollwertige Mitbürger akzeptiert zu fühlen und Angriffen von Außenseitern selbstbewußt entgegenzutreten.

11.3

Die in Deutschland lebenden **ausländischen Behinderten** haben im Alltag grundsätzlich die gleichen Schwierigkeiten wie deutsche Behinderte, erleben jedoch zusätzliche Belastungen, beispielsweise allgemeine Vorbehalte gegenüber Ausländern sowie sprachliche oder ausländerrechtliche Probleme. Mangelnde Information, insbesondere bei der ersten Ausländergeneration, über das deutsche Gesundheitswesen sowie über Möglichkeiten der Prävention und Früherkennung von Krankheiten und Behinde-

rungen haben nicht selten zu irreversiblen gesundheitlichen Schädigungen geführt oder eine frühe und damit rechtzeitige Förderung behindert. Besonders schwangere Frauen islamischer Tradition scheuen sich, deutsche Ärzte aufzusuchen, und haben daher große Defizite an Informationen z. B. zu gesunder Lebensführung und zum Sinn der Früherkennungsuntersuchungen; großen Bedarf an Schwangerschafts-, Mutterschafts-, sowie umfassender Ernährungs-, Entwicklungs- und Sozialberatung geben ausländische Frauen aber generell an.

Nicht wenige in Deutschland lebende Ausländer haben erhebliche Sprach- und Kommunikationsprobleme; daraus folgende Unsicherheiten im Umgang mit Behörden, Anträgen, Beratungsstellen, Fördereinrichtungen und Interessengemeinschaften beeinträchtigen oder verhindern die Inanspruchnahme institutioneller Hilfe zur Rehabilitation und Eingliederung Behinderter, aber auch Kontakte mit Selbsthilfeorganisationen. Selbst wenn die deutsche Sprache als allgemeine Verkehrssprache weitgehend beherrscht wird, reichen die Kenntnisse oft nicht aus, um komplizierte Sachverhalte zu verstehen oder zu erklären. Informationsschriften z. B. über Rechte schwerbehinderter Arbeitnehmer und ihrer Angehörigen sollten daher nach Möglichkeit auch in den Muttersprachen der Ausländer publiziert werden; auch die Behandlung von Rehabilitations- und Behindertenthemen in den muttersprachlichen Medien wäre wünschenswert. Hilfreich wäre auch, wenn Behindertenverbände und Selbsthilfeorganisationen ihre Aufmerksamkeit gegenüber Problemen ausländischer Behinderter erhöhen und auch von sich aus auf diese zugehen könnten.

Besonders nachteilig wirken sich die genannten Probleme auf die Situation behinderter Kinder aus. Manche Familien lassen ihr behindertes Kind aus Schamgefühl und Angst vor der Umgebung nicht aus der Wohnung heraus. Schwerhörige oder gehörlose Kinder von Ausländern werden durch den Gebrauch einer Fremdsprache neben der Muttersprache zusätzlich belastet, während für die weitere Entwicklung die frühe Förderung des Spracherwerbs in einer dieser beiden Lautsprachen neben der Gebärdensprache eine wichtige Rolle spielt. Pädagogische Förderung findet auch sonst im Elternhaus oder im Kindergarten häufig nicht statt. Wegen der Sprach- und Kommunikationsprobleme werden ausländische Kinder und Jugendliche schneller in Sonderschulen „abgeschoben“; viele Fragen zum Schulsystem, zur Elternmitarbeit, zu Einzelfragen des Schulalltags bleiben aufgrund der Verständigungsschwierigkeiten offen. Geeignete Stütz- und Fördermaßnahmen erscheinen sinnvoll; auch mehrsprachige Sozialarbeiter und Sozialpädagogen bei Behörden, Verbänden und Schulen könnten die Situation verbessern.

11.4

Soweit zur Förderung der **allgemein-gesellschaftlichen Integration Sozialleistungen** erforderlich sind, werden diese von verschiedenen Sozialleistungsträgern im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit erbracht, neben der Kriegsofopferfürsorge, der Unfallversicherung und der Jugendhilfe insbesondere von der Sozialhilfe. Entsprechend dem im Gesetz beispielhaft aufgeführten Leistungskatalog hat die Eingliederungshilfe die umfassende und offen formulierte Aufgabe, Behinderte in die Gesellschaft einzugliedern, ihnen vor allem die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und zu erleichtern. Da die Eingliederungshilfe nicht nur zur sozialen Eingliederung, sondern auch zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation Leistungen erbringt, soweit die Zuständigkeit vorrangiger Rehabilitationsträger nicht greift, ermöglicht sie auch interdisziplinäre Förderkonzepte, die den Behinderten ein Höchstmaß an Förderung zu ihrer Eingliederung in die Gesellschaft bringen.

Hierzu gehört in einer Leistungsgesellschaft wie der Bundesrepublik vor allem, den Behinderten die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen Tätigkeit zu ermöglichen. Damit hat die Eingliederungshilfe flexiblere und anpassungsfähigere Hilfsmöglichkeiten als die ausschließlich für die berufliche Rehabilitation zuständigen Leistungsträger und kann die Hilfe nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen rasch aktualisieren und entsprechend den Erfordernissen im Einzelfall gestalten. Auf diese Weise wird nicht nur den behinderten Menschen ein Optimum an möglicher Hilfe zuteil, sondern durch Sicherstellung der Finanzierung gleichzeitig die fachliche Weiterentwicklung auf diesem Gebiet gefördert.

Die Eingliederungshilfe unterliegt den Fürsorgeprinzipien des Sozialhilferechts, insbesondere dem Nachrang- und Individualisierungsgrundsatz sowie Bedarfsdeckungsprinzip. Allerdings ist das Nachrangprinzip bei der Eingliederungshilfe in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, vor allem in Ergänzung einer Schulbildung oder Berufsausbildung, weitgehend aufgehoben; in diesen Fällen haben die Eltern zu den Maßnahmekosten nur die für den häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen beizutragen.

11.5

Die Bedeutung, die der **Eingliederungshilfe** für Behinderte in der Sozialhilfe zukommt, wird bei einer Betrachtung der statistischen Daten für die Jahre 1980, 1986 und 1990/91 deutlich:

Empfänger von Eingliederungshilfe (mit Mehrfachnennungen) im früheren Bundesgebiet

	1980	1986	1990	1991
außerhalb von Einrichtungen.....	52 200	52 500	75 100	79 784
in Einrichtungen	142 600	183 600	215 300	223 415
insgesamt.....	194 800	236 100	290 400	302 484
und zwar: ärztliche Behandlung, Hilfsmittel	29 300	27 300	29 700	30 058
heilpädagogische Maßnahmen für Kinder	20 100	32 500	44 600	49 149
Hilfe zur Schulbildung.....	45 300	42 300	44 300	42 688
Hilfe zur beruflichen Ausbildung	5 300	4 500	5 200	6 074
Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte	36 100	68 100	88 900	93 245
sonstige Eingliederungshilfe	62 500	74 100	96 100	102 432

Bruttoausgaben bei der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz im früheren Bundesgebiet (Mio DM)

	1980	1986	1990	1991
außerhalb von Einrichtungen.....	126,1	167,7	280,0	326,9
in Einrichtungen	2 540,3	4 379,3	6 286,5	7 154,8
insgesamt.....	2 666,4	4 547,0	6 566,5	7 481,8
davon: ärztliche Behandlung, Hilfsmittel	291,2	374,7	454,4	514,9
heilpädagogische Maßnahmen für Kinder	139,8	270,2	430,4	464,5
Hilfe zur Schulbildung.....	790,2	880,2	982,6	1 079,3
Hilfe zur beruflichen Ausbildung	116,5	143,1	160,4	158,6
Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte	546,7	1 307,8	1 991,6	2 274,5
sonstige Eingliederungshilfe	782,0	1 571,0	2 547,1	2 990,9

11.6

Für die unterschiedlichen **Maßnahmen der Eingliederungshilfe** zur Integration und Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Mitbürger wurden 1991 insgesamt 7,5 Mrd DM eingesetzt; das sind 180 v. H. mehr als 1980.

Im einzelnen handelt es sich um

- ärztliche Behandlung und Hilfsmittel im Rahmen der Eingliederungshilfe (515 Mio DM),
- heilpädagogische Maßnahmen für Kinder (465 Mio DM), u. a. die von der Sozialhilfe getragenen Kosten der Frühförderung,
- Hilfen zur Schulbildung und zur beruflichen Ausbildung (1,24 Mrd DM) und
- Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte (2,3 Mrd DM).

Die nicht im einzelnen erfaßten Eingliederungsmaßnahmen, z. B. Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahr-

zeugs oder einer behindertengerechten Wohnung, belaufen sich mit rund 3 Mrd DM auf fast 40 v. H. der gesamten Eingliederungshilfeausgaben.

Während die Kosten für die Hilfe zur Schulbildung und beruflichen Ausbildung seit 1980 nur geringfügig (plus 30 v. H.) angestiegen sind, haben sich die Aufwendungen für die heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder (Frühförderung), für die Werkstattbeschäftigung und für die sonstigen Eingliederungsmaßnahmen im Schnitt um 70 v. H. mehr als verdreifacht (plus 210 v. H. bis 240 v. H.), weil

- die Zahlen der Empfänger erheblich angestiegen sind, z. B. bei der Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte von 1981 bis 1989 auf mehr als das Doppelte, und
- die Hilfen — neben den allgemeinen Kostensteigerungen — verbessert wurden, etwa durch mehr oder besser ausgebildetes Personal.

11.7

Nach dem **Einigungsvertrag** ist mit Wirkung seit 1. Januar 1991 das Bundessozialhilfegesetz auch in den neuen Bundesländern in Kraft getreten, und zwar mit folgenden einschränkenden Maßgaben:

- Bis zu einer landesrechtlichen Regelung sind die neuen Bundesländer überörtliche Träger der Sozialhilfe, die zur Durchführung ihrer Aufgaben örtliche Träger der Sozialhilfe heranziehen können.
- Gesetzliche Ansprüche sind von den Trägern der Sozialhilfe in den neuen Bundesländern nur insoweit zu erfüllen, als die dafür erforderlichen Dienste und Einrichtungen vorhanden oder mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erreichbar sind.
- Geldleistungen für Blinde und Pflegebedürftige sowie die für Eingliederungshilfeleistungen maßgeblichen Einkommensgrenzen wurden der allgemeinen Einkommenssituation in den neuen Ländern angepaßt.
- Der Mehrbedarfzuschlag an über 60jährige und Erwerbsunfähige wurde vom Inkrafttreten ausgenommen.

Die Regelungen dienen dem Zweck, das Sozialgefüge der früheren DDR in seiner Gesamtheit schrittweise und entsprechend dem Aufbau von handlungsfähigen Sozialhilfeverwaltungen sowie der Anpassung der Wirtschafts- und Einkommensverhältnisse ohne soziale Härten, aber auch ohne Übervorteilung einzelner Personengruppen in das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik zu überführen. Das Inkrafttreten der Mehrbedarfzuschläge an über 60jährige und Erwerbsunfähige ist von der vollen Umsetzung des Rentenrechts der Bundesrepublik sowie von der Lohn- und Einkommensentwicklung in dem neuen Bundesgebiet abhängig. Die Abhängigkeit der gesetzlichen Ansprüche auf Eingliederungshilfe vom Vorhandensein sozialer Einrichtungen und Dienste gibt den Sozialhilfeträgern die Möglichkeit, legt ihnen aber gleichzeitig verstärkt die Pflicht auf, die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel vorrangig zur Sanierung und zum Aufbau der notwendigen sozialen Einrichtungen und Dienste zu verwenden. Die Geldleistungen und die Grundbeträge der Einkommensgrenzen werden zum 1. Juli eines jeden Jahres mit den Beträgen für die alten Bundesländer unter Berücksichtigung der Einkommensentwicklung in den neuen Bundesländern neu festgesetzt. Zum 1. Juli 1993 sind sie auf rund 77 v. H. bzw. rund 91 v. H. der Beträge für die alten Bundesländer angenähert.

11.8

Die in der früheren DDR aus dem Staatshaushalt finanzierten Einrichtungen für Behinderte wie Pflegeheime, Tageseinrichtungen und geschützte Werkstätten sind schrittweise auf die vorrangige **Eigenfinanzierung** durch die in diesen Einrichtungen Betreuten und Beschäftigten mit dem von ihnen einzusetzenden Einkommen und Vermögen und ergänzend hierzu mit der ihnen zustehenden Einglie-

derungshilfe umgestellt worden. Die Umorientierung der Verantwortung, die die Einrichtung nunmehr unmittelbar gegenüber ihren Benutzern hat, und die Zahlung von Pflegesätzen durch die Sozialhilfeträger hat den dringend notwendigen Umstrukturierungsprozeß auf eine wirtschaftliche Betriebsführung und eine an den Bedürfnissen des Einzelnen ausgerichtete Betreuung und Förderung in Gang gesetzt. Der Abschluß von (Rahmen-)Pflegesatzvereinbarungen wird diesen Prozeß noch verstärken.

11.9

Nach wie vor stehen auch im Rahmen der **Kriegsopferfürsorge** des sozialen Entschädigungsrechts die Hilfen zur gesellschaftlich-sozialen Rehabilitation, vornehmlich Kommunikations- und Mobilitätshilfen, im Vordergrund. Hierbei beliefen sich die Aufwendungen allein für Maßnahmen zur Mobilitätsförderung 1992 auf rund 68 Mio DM.

11.10

Zur Eingliederung unfallverletzter Behinderter in die Gesellschaft tragen im Rahmen der gesetzlichen **Unfallversicherung** in erster Linie die Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung bei. Darüber hinaus sehen es die Unfallversicherungsträger als ihre besondere Aufgabe an, durch Hilfen im sozialen Bereich dazu beizutragen, daß der Verletzte die Auswirkungen des Arbeitsunfalls oder der Berufskrankheit auch im außerberuflichen Bereich so weit wie möglich überwinden kann. Hierzu gehören Hilfen bei der Beschaffung von Kraftfahrzeugen — soweit dies nicht schon im Rahmen der beruflichen Rehabilitation geschieht — sowie Hilfen bei der Ausstattung und zur Erlangung einer behindertengerechten Wohnung; zur Durchführung dieser Hilfen haben die Träger besondere Richtlinien beschlossen.

11.11

Bei der Eingliederung behinderter Menschen in die Gesellschaft gewinnt auch außerhalb medizinischer Zielsetzungen die **Ausstattung mit Hilfsmitteln** zunehmend an Bedeutung. Hilfsmittel ermöglichen vielfach einen vollen oder teilweisen Ausgleich oder eine Erleichterung der Behinderung. Oftmals sind diese Hilfsmittel notwendige Voraussetzung für die Integration der Behinderten in ihr soziales Umfeld; verschiedene Informationssammlungen tragen dazu bei, die Überschaubarkeit des Angebots zu erhöhen, und arbeiten ihrerseits mit REHADAT und HANDY-NET zusammen, die als übergreifende Datenbanken die einschlägigen Informationen umfassend dokumentieren. Auch in vielen Städten der neuen Bundesländer sind in Zusammenarbeit mit den regionalen Behindertenorganisationen Beratungsstellen entstanden, die Interessierten Zugang zu den von ihnen benötigten Informationen über Hilfsmittel verschaffen.

11.12

Nachteilsausgleiche, Vergünstigungen und andere Hilfen zielen darauf ab, einige der Nachteile und Mehraufwendungen, die behinderte Menschen im täglichen Leben haben, auszugleichen und möglichst gleichwertige Voraussetzungen für eine Teilnahme am Leben der Gesellschaft herzustellen. Beispielsweise

- dienen z. B. steuerliche Erleichterungen dem Ausgleich typischer finanzieller Mehraufwendungen, die mit einer Behinderung verbunden sein können,
- werden Schriftstücke in Blindenschrift von der Bundespost kostenlos befördert,
- werden von der Rundfunkgebührenpflicht Sonderfürsorgeberechtigte, Blinde, wesentlich Sehbehinderte oder Hörgeschädigte, Behinderte mit einem Grad der Behinderung ab 80 — wenn sie wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können —, Empfänger von Leistungen nach Bundessozialhilfegesetz, Bundesversorgungsgesetz und Lastenausgleichsgesetz sowie Personen mit geringem Einkommen befreit.

Übersichten über die zur Verfügung stehenden Hilfen und Nachteilsausgleiche finden sich in dem vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegebenen Ratgeber für Behinderte, aber auch in ähnlichen Veröffentlichungen der Behindertenorganisationen.

11.13

Für eine Reihe von sensorisch behinderten Menschen reichen die derzeit bestehenden **Kommunikationssysteme** nicht aus. Insbesondere die elektronischen Medien, aber auch die Angebote der Telekommunikation sind bisher kaum geeignet, um diesem Personenkreis die Möglichkeiten einer breiten Information zu bieten. Eine Ausnahme bilden wenige Spezialsendungen oder -einrichtungen, z. B. für hörgeschädigte Menschen. Demgegenüber ist anzustreben, die Kommunikationssysteme so auszustatten, daß alle Konsumenten diese nutzen können. Für Hörgeschädigte sollten mehr Fernsehsendungen mit Untertiteln angeboten werden; zumindest eine Nachrichtensendung pro Tag sollte mit Einblendung eines Gebärdensprachdolmetschers ausgestrahlt werden.

11.14

Für die Kommunikation gehörloser und schwerhöriger Menschen wird die Verwendung von **Gebärdensprachen** und von Gebärden als Ablesehilfe (lautsprachbegleitendes Gebärden) sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der praxisbezogenen öffentlichen Diskussion zunehmend akzeptiert und gefordert; auch das Europäische Parlament hat die

Anerkennung der Gebärdensprache als vollwertige Sprache der Gruppe der Gehörlosen gefordert. Für die Integration der Gehörlosen ist von großer Bedeutung, in beiden Sprachen — der Lautsprache und der Gebärdensprache — je nach den Erfordernissen der konkreten Situation kommunizieren zu können. Eine rechtzeitige und umfassende Vermittlung beider Sprachen in Elternhaus und Schule wie auch in der Ausbildung und ein ausreichendes Angebot an Gebärdensprachdolmetschern sind dabei unverzichtbar. Es ist zu erwarten, daß sich aufgrund des Beschlusses der Gemeinsamen Verfassungskommission, die Achtung der Identität auch sprachlicher Minderheiten als weiteres Staatsziel ins Grundgesetz aufzunehmen, eine neue Diskussionslage auch hinsichtlich der Gebärdensprache bilden wird.

Die Bemühungen der Betroffenen, ihre Sprache in allen gesellschaftlichen Bereichen zur Verbesserung der Kommunikation einzubringen, sind grundsätzlich zu unterstützen.

11.15

Sport ist bei der Gestaltung der Freizeit Behinderter auch unter integrativen Gesichtspunkten besonders wichtig. Er erhält und steigert die Leistungsfähigkeit behinderter Menschen und gibt ihnen — auch soweit er nicht als Rehabilitationssport ausgeübt wird — wirkungsvolle Lebenshilfe. Sport weckt Selbstvertrauen, stärkt das Selbstbewußtsein und führt zur Lebensbejahung. Er fördert Kontakte als Möglichkeit der Begegnung Behinderter untereinander und mit Nichtbehinderten und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Integration in die Gesellschaft.

Im Behindertensport ist zwischen dem Leistungssport und dem Breitensport, zu dem auch die Versehrtenleibesübungen und der sonstige Rehabilitationssport als bewegungstherapeutische Übungen gehören, zu unterscheiden. Beide Arten des Behindertensports werden von behinderten Menschen in ihrer Freizeit ausgeübt; beide werden von Ärzten überwacht und von besonders ausgebildeten Übungsleitern betreut und begleitet.

Seit den 50er Jahren ist im Behindertensport insgesamt ein kräftiger Zuwachs zu verzeichnen; während zu Beginn des Jahres 1957 rd. 13100 Behinderte — vornehmlich Kriegsbeschädigte — in 385 Versehrtenportgruppen organisiert waren, stieg diese Zahl bis Ende 1992 auf 183127 in 1831 Gruppen. Auch die Zahl der aktiv an den Übungsveranstaltungen Teilnehmenden stieg weiter an. Die Ausdehnung des Behindertensports insgesamt sowie die in den 70er Jahren stagnierende und seit 1980 zurückgehende Mitgliederzahl aus dem Bereich des sozialen Entschädigungsrechts führten allmählich zu veränderten Strukturen. Aus Versehrtenportgemeinschaften wurden mehr und mehr umfassende Behindertensportgruppen mit überwiegendem Anteil von Behinderten aus anderen Bereichen. Gleichzeitig ist eine Veränderung der geschlechtsspezifischen Mitgliederzahlen zu beobachten:

Jahr	Behinderte aus dem sozialen Entschädigungsrecht (v. H.)	Behinderte aus anderen Bereichen (v. H.)	v. H.-Anteil aller aktiven Mitglieder		
			Männer	Frauen	Kinder
1957	75	25	92	6	2
1970	63	37	85	9	6
1980	37	63	68	24	8
1992	15	85	56	39	5

Für die Förderung des Behindertensports gelten die gleichen Zuständigkeitsabgrenzungen wie bei der Förderung des allgemeinen Sports. Danach sind für den allgemeinen Behindertensport als Breiten- und Freizeitsport grundsätzlich die Bundesländer zuständig. Der Bund fördert

- Vorhaben, die der gesamtstaatlichen Repräsentation dienen,
- Maßnahmen der bundeszentralen Behindertensportorganisation, die für die Bundesrepublik Deutschland als Ganzes von Bedeutung sind und von einem Bundesland allein nicht wirksam unterstützt werden können,
- Forschungsvorhaben und Modellversuche von gesamtstaatlicher Bedeutung.

11.16

Vor allem leichter behinderte Menschen nehmen an Sportangeboten teil. Wichtige Aufgabe ist daher, allen behinderten Menschen Zugang zum Bereich „Bewegung, Spiel und Sport“ zu ebnet; die Reihenfolge weist darauf hin, daß behinderte Menschen über eher passive **Bewegungserfahrung** zu aktiver Bewegungsausübung und schließlich zu Spiel- und Sportformen geführt werden können. Die sportbezogene Arbeit mit schwerst- und mehrfach behinderten Menschen steckt noch in den Kinderschuhen. Sie muß konzeptionell und praktisch verstärkt vorangetrieben werden; außerdem verfügen Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Regel nicht über Planstellen für Sportlehrer und Bewegungstherapeuten.

Der Freistaat Bayern fördert das Projekt „Bewegung, Spiel und Sport mit psychisch Kranken/Behinderten als Rehabilitationshilfe in der ambulanten Betreuung“. Durch dieses Projekt soll ein ambulantes Modell entwickelt werden, das durch entsprechend flankierende Bewegungsangebote einen Beitrag zur sozialen Wiedereingliederung psychisch Behinderter leistet. Die sinkende Aufenthaltsdauer in Kliniken und die Gefahr der Chronifizierung psychisch Kranker erfordern weiterführende Maßnahmen auch in Form von Bewegungsangeboten gerade im ambulanten Bereich.

11.17

Zur Realisierung differenzierter Sportangebote bedarf es der engen Zusammenarbeit der entsprechenden **Sport- und Fachverbände**. Träger des vereinsorientierten Behindertensports sind die Behindertensportgruppen und Behindertensportvereine, die im Deutschen Behinderten-Sportverband (mit rund 220 000 Mitgliedern), im Deutschen Gehörlosen-Sportverband (mit rund 10 000 Mitgliedern) und im Deutschen Blinden-Schachbund (mit rund 650 Mitgliedern) zusammengefaßt sind.

Im Rahmen der Freizeitarbeit mit behinderten Menschen spielt der Sport eine große Rolle. Viele behinderte Menschen äußern das Bedürfnis nach sportlicher Betätigung zusammen mit anderen Personen. Der gemeinsame Sport Behinderter und Nichtbehinderter wird vom Deutschen Behinderten-Sportverband als Selbstverständlichkeit gesehen, wenn er zur gleichberechtigten Behandlung beider Gruppen führt oder dem Heranführen abseitsstehender Behinderter an den Sport dient.

11.18

Die Mittel für den **leistungsbezogenen Behindertensport** wurden seit 1988 nahezu verdoppelt und betragen 1993 4,1 Mio DM. Mit diesen Mitteln wurden u. a. gefördert:

- Wettkämpfe auf nationaler und internationaler Ebene,
- Trainingslehrgänge,
- Entsendung der Mannschaften des Deutschen Behinderten-Sportverbands zu den Weltspielen der Behinderten (Paralympics) 1992 in Tignes/Albertville und Barcelona sowie des Deutschen Gehörlosen-Sportverbandes zu den Weltfestspielen der Gehörlosen in Sofia 1993,
- Beschäftigung nebenamtlicher Trainer und Übungsleiter sowie hauptamtlicher Mitarbeiter beim Deutschen Behinderten-Sportverband und Deutschen Gehörlosen-Sportverband (u. a. Geschäftsführer, Gebärdensprachdolmetscher).

Bedeutsam für die Anerkennung des Leistungssports behinderter Menschen in der Öffentlichkeit ist das wachsende Interesse der Medien an einschlägigen Sportveranstaltungen; auch die Ehrungen behinderter Sportler durch den Bundespräsidenten tragen zur Anerkennung ihrer sportlichen Leistungen und da-

mit zur gesellschaftlichen Anerkennung behinderter Menschen insgesamt bei.

In Vorgriff auf eine noch zu treffende Grundsatzentscheidung wurden 1993 die Medaillengewinner der Paralympics von Tignes und Barcelona nicht mehr mit der Silbermedaille, sondern mit dem Silbernen Lorbeerblatt ausgezeichnet.

11.19

Freie Zeit am Feierabend oder am Wochenende bietet auch für geistig behinderte Menschen gute Möglichkeiten der Kompensation von einseitigen Belastungen und des sozialen Miteinanders, auch mit Nichtbehinderten. Jugendzentren, Institutionen der Erwachsenenbildung, Kommunikationszentren sollten sich stärker als bisher öffnen und dafür Sorge tragen, daß Chancen der Begegnung in der Freizeit genutzt und Vorurteile abgebaut werden können.

11.20

Reisen und Urlaub sind für behinderte Menschen ebenso wie für Nichtbehinderte wichtige Faktoren der Integration und der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Behinderte Menschen wollen wie alle anderen auch im Rahmen ihrer Möglichkeiten über Ort, Zeit und individuelle Gestaltung ihres Urlaubs selbst entscheiden. Sie treffen in der Realität jedoch auf vielfältige Hindernisse, die ihnen den Zugang zu selbstgewählten Urlaubszielen und -abläufen verwehren. Dies beginnt bei der Reiseplanung, beim fehlenden Zugang zu umfassenden Informationen über behindertengerechte Angebote vor Ort unter baulich-technischen Aspekten und betrifft ebenso die nicht durchgehend barrierefreien Transportwege und -mittel wie auch die Freizeitangebote und -aktivitäten am Urlaubsort.

Das Bundesministerium für Familie und Senioren ist bemüht, eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit zu fördern, die von den Selbsthilfegruppen und -organisationen engagiert betrieben wird, um so auf breiter Basis die Einsicht in die Notwendigkeit behindertengerechter Urlaubsangebote im Rahmen der üblichen, breitgefächerten Angebote für alle zu fördern. Die Entschließung des Deutschen Bundestages vom 30. Oktober 1990 zu „Reisen und Behinderte“ (Drucksache 11/8213 — neu —) bietet dabei eine hilfreiche Grundlage.

Gefördert werden vor allem Veranstaltungen und Veröffentlichungen, die behinderte Menschen ermutigen, individuelle Urlaubspläne zu realisieren; die Anbieterseite wird über notwendige Maßnahmen informiert, mit deren Hilfe Behinderte in die Lage versetzt werden, bestimmte Angebote zu nutzen. Schließlich werden die Hersteller von Transportmitteln informiert und beraten, welcher Bedarf bei den Behinderten besteht und wie die damit verbundenen Probleme der Nutzung gelöst werden können.

Tourismus für behinderte Menschen bildet einen Schwerpunkt des im vergangenen Jahr verabschiedeten EG-Aktionsplans zur Förderung des Touris-

mus. Unter dem Oberpunkt „Sozialtourismus“ ist dort nicht nur der Informationsaustausch über Maßnahmen der Mitgliedstaaten zur Förderung der Urlaubsreisen Behindertener vorgesehen, sondern auch die Koordinierung von Initiativen zur Beseitigung von Hindernissen für die Entwicklung der Reise- und Urlaubsmöglichkeiten für behinderte Menschen. Noch in diesem Jahr sollen die Bildung eines internationalen Forums aus Sachverständigen und Vertretern der Fremdenverkehrswirtschaft und die Herausgabe eines Europa-Reiseführers in Angriff genommen werden.

Das Bundesministerium für Familie und Senioren fördert die Herausgabe der Reiseratgeber „Handicapped-Reisen Deutschland“ und „Handicapped-Reisen Ausland“.

11.21

Die **Förderungsmöglichkeit von Erholungsmaßnahmen** für Behinderte wurde weiter ausgebaut. So dürfen Zuwendungen für Erholungsmaßnahmen der Sozialwerke der Bundesverwaltungen für erholungsbedürftige behinderte Kinder, die hilflos sind, ohne Altersbegrenzung geleistet werden. Zuwendungen sind auch möglich für Seminare für Eltern mit ihren behinderten Kindern, die neben der Erholung im Rahmen von Selbsthilfegruppen unter der Leitung von Sozialarbeitern oder Sozialpädagogen der psychologischen und sozialen Selbsthilfe dienen.

Das Bundesministerium für Familie und Senioren fördert gemeinsam mit den Ländern Bau sowie Um- und Ausbau von Familienferienstätten. Dabei wird auf eine behindertengerechte Anlage und Ausstattung geachtet, um auch Familien mit behinderten Kindern oder behinderten Angehörigen die Möglichkeit eines preiswerten Urlaubs zu eröffnen; die Einrichtungen werden grundsätzlich gemeinsam mit behinderten und nichtbehinderten Feriengästen belegt.

Von den mit Bundesmitteln geförderten Familienferienstätten liegen 17 in den neuen Ländern. Neun Einrichtungen sind derzeit in der Weise behindertengerecht ausgestattet, daß jeweils einige geeignete Zimmer oder Appartements für Rollstuhlfahrer angeboten werden können. Das Bundesministerium für Familie und Senioren ist um eine Erweiterung des behindertengerechten Angebots in diesem Rahmen bemüht. Seit dem Bundeshaushaltsplan 1992 besteht die Möglichkeit, bundeseigene Grundstücke für „Heime, Bildungseinrichtungen und Werkstätten für geistig und körperlich Behinderte ...“ unter bestimmten Voraussetzungen um bis zu 50 v.H. unter dem vollen Wert zu veräußern; dieser Preisnachlaß wurde durch den Bundeshaushaltsplan 1993 für die neuen Bundesländer auf 80 v.H. erhöht. Unter die Regelung fallen auch Ferienheime für den genannten Personenkreis.

Das Bundesministerium für Familie und Senioren gibt auch den Sonderkatalog „Urlaub mit der Familie“ in hoher Auflage (November 1992: 115 000) heraus, der über die Ferienmöglichkeiten in den mit öffentlichen Mitteln geförderten gemeinnützigen Fa-

milienferienstätten und deren behindertengerechte Ausstattung informiert.

Viele Werkstätten für Behinderte im Bundesgebiet führen mit und für die Behinderten z. T. mehrwöchige Ferienfreizeiten durch. Diese Maßnahmen werden häufig aus Spenden finanziert. Darüber hinaus leisten etliche Sozialhilfeträger für diese Ferienfreizeiten einen pauschalen Kostenteilersatz.

11.22

Selbsthilfegruppen und -organisationen behinderter Menschen sind ein unverzichtbarer Faktor im sozialen Gefüge der Bundesrepublik Deutschland. Sie tragen wesentlich zur Gestaltung menschenwürdiger sozialer Räume bei, indem sie in einem stetigen Prozeß der Weiterentwicklung Konzepte für individuelle und flexible Hilfeformen formulieren und erproben, die behinderten Menschen eine selbstbestimmte und selbständige Lebensführung ermöglichen. Somit sind Aktivitäten der Selbsthilfe eine wichtige Ergänzung im Rahmen der „professionellen“ Rehabilitation.

Zahlreiche Fortschritte, die in den vergangenen Jahren im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe, beispielsweise bei Freizeit, Urlaub oder beim Wohnen erreicht werden konnten, beruhen wesentlich auf dem engagierten und sachkundigen Einsatz von Selbsthilfeorganisationen. Durch die Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Verwaltungen, vor Gerichten und in der Politik verschaffen sie auf diesem Wege ihrem Anspruch auf ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben Geltung und leisten auch für die allgemeingesellschaftliche Eingliederung Behinderter einen überaus wichtigen Beitrag. In ihnen verkörpert sich besonders eindrucksvoll das gewachsene Selbstbewußtsein der Behinderten. Selbsthilfeorganisationen werden weitgehend in Planungen und Entscheidungen im außerparlamentarischen und parlamentarischen Raum auf kommunaler, Landes- und Bundesebene eingebunden, so daß nicht über Behinderte, sondern mit Behinderten entschieden wird. Somit ist die Tätigkeit von Selbsthilfeorganisationen der Behinderten eine wichtige und förderungswerte, vielfach zur eigenverantwortlichen Mitwirkung und zur vollen Wahrnehmung der Interessen der Betroffenen notwendige Ergänzung des bestehenden Systems von Sozialleistungen und sonstigen extern organisierten Hilfen. Die Bundesregierung unterstützt diese Arbeit im Rahmen ihrer Zuständigkeit durch ideelle und materielle Förderung der Selbsthilfeorganisationen im Rahmen einer kontinuierlichen fachlichen Zusammenarbeit.

11.23

Zentrale Vereinigungen der Behindertenhilfe, die auf Bundesebene tätig sind, werden durch das Bundesministerium für Familie und Senioren gefördert. Die **Förderung** umfaßt neben der laufenden Verbands- und Beratungsarbeit auch eine Vielzahl von Projekten wie Seminare, Arbeitstagungen, Kongresse, Informationsmaterialien und Dokumentationen. Im Zu-

sammenhang mit der deutschen Einheit kam auf die Selbsthilfeorganisationen behinderter Menschen und ihrer Angehörigen eine Fülle neuer Aufgaben zu. Die Bundesregierung hat deshalb die Förderung verstärkt, um so den Aufbau von Selbsthilfestrukturen in den neuen Bundesländern und die Information und Beratung der Betroffenen vor Ort zu unterstützen.

Das Bundesministerium für Familie und Senioren unterstützt die Entwicklung und den Aufbau von Selbsthilfeverbänden in den neuen Ländern unter anderem durch die Förderung von Personal- und Sachkosten von Bundesverbänden, außerdem durch die Förderung von Informationsmaterialien und Veranstaltungen. Auch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung leistet im Rahmen seines Aufgabenbereichs Hilfe.

12. Aus- und Fortbildung von Fachkräften

12.1

Wirksame Rehabilitationsarbeit setzt voraus, daß die mit ihr betrauten Personen für diese Aufgabe qualifiziert sind. Neben der notwendigen **Eingangsaufqualifizierung** der Fachkräfte ist eine laufende Fortbildung unerlässlich, die aktuelle, umfassende und gründliche Kenntnisse über Voraussetzungen, Möglichkeiten und Wege der Rehabilitation und die einschlägigen Zusammenhänge vermittelt. Insoweit sind einerseits noch vorhandene Defizite aufzuarbeiten, andererseits positive Entwicklungen und Entwicklungstendenzen fortzuschreiben, beispielsweise zum Ausschöpfen der auch bei alten Menschen gegebenen Rehabilitationsmöglichkeiten und zur Umsetzung des in letzter Zeit deutlicher ins Bewußtsein gekommenen Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege.

Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen in unsere Gesellschaft können jedoch nicht wirklich gelingen, wenn diese Aufgaben ausschließlich aus professionellem Selbstverständnis heraus verstanden und bewältigt würden. Zum einen ist Integration Behinderter in die Gesellschaft nur möglich, wenn grundsätzlich jedermann als kompetent anzusehen ist, mit Behinderten umzugehen, nicht nur ausgebildete Fachkräfte; zum anderen darf professionelles Selbstverständnis und Handeln behinderte Menschen nie als Objekt, sondern muß sie als grundsätzlich selbstverantwortliche und in aller Regel kompetente Partner betrachten. Wichtig ist daher, daß **Selbsthilfeverbände** von Behinderten ihren Sachverstand bei der Qualifikation der Rehabilitationsfachkräfte einbringen; mit deren Berufsverbänden bei Fortbildungsmaßnahmen zusammenzuwirken, trägt auch zur Schulung eigener Ansprechpartner innerhalb der Behindertenorganisationen bei.

12.2

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bemüht sich seit längerem, Kenntnisse über Behinderungen und Rehabilitationsmöglichkeiten für Fach-

kräfte aufzubereiten und zu verbreiten, indem sie unter Beteiligung der einschlägigen Experten Informationshilfen entwickelt, unter anderem den „Wegweiser für Ärzte“ und verschiedene Arbeitshilfen.

Ziel der Arbeitshilfen ist es, den an der Rehabilitation Beteiligten konkrete Hinweise über Art und Umfang der Behinderung, ihre Auswirkungen und die Möglichkeiten der Behandlung und Rehabilitation zu vermitteln. Solche Arbeitshilfen gibt es für

- Rehabilitation schädel-hirnverletzter Kinder und Jugendlicher,
- Rehabilitation von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen,
- Rehabilitation von Rheumakranken,
- Rehabilitation von Schlaganfallpatienten,
- Rehabilitation bei älteren Menschen,
- Rehabilitation Krebskranker,
- Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter,
- Rehabilitation Koronarkranker,
- Rehabilitation von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten sowie
- stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß.

12.3

Ärzte nehmen im gesamten Rehabilitationsgeschehen oft eine Schlüsselposition ein. Sie sind in der Regel die erste Anlaufstelle, wenn es darum geht, medizinische, berufliche oder soziale Rehabilitationsmaßnahmen bei den Patienten anzuregen oder einzuleiten. Dies setzt voraus, daß die Ärzte über ausreichende Kenntnisse über Notwendigkeit, Wege und Möglichkeiten der in jedem Einzelfall gebotenen Rehabilitation verfügen; außerdem benötigen sie Kenntnisse über Formen, Ausprägungen und Folgen von Behinderungen, um angemessene Förderung, Therapie und Umgangsweisen auch praktizieren zu können.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es nur drei Lehrstühle für Rehabilitationsmedizin; es fehlt auch eine klare Vorstellung, wie an den Universitäten Rehabilitation fachübergreifend vermittelt werden soll. Der Kenntnisstand der Ärzte auf dem Gebiet der Rehabilitation ist daher oft unzureichend. Für die ärztliche Weiter- und Fortbildung sind die Länder und die Ärztekammern zuständig; ihre Aufgabe ist es sicherzustellen, daß die Ärzte ihre berufsspezifische Rolle bei der Verwirklichung der in § 10 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch niedergelegten Zielsetzungen sachgerecht wahrnehmen und über die hierzu notwendigen Kenntnisse verfügen.

Notwendig ist, die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte insgesamt stärker rehabilitativ auszurichten; die Besonderheiten der Rehabilitation mit ihren Verknüpfungen zum psychologischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Bereich müssen ergänzend

zu den übrigen ärztlichen Aufgaben vermittelt und als selbstverständlicher Teil dieser Aufgaben eingeübt werden. Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten der Akutversorgung und den Ärzten in der Rehabilitation durch regionale Arbeitstagungen und einschlägige Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen tragen dazu bei, ärztliches Handeln auf sich wandelnde Anforderungen und Möglichkeiten der Rehabilitation und der Eingliederung Behinderter immer wieder neu auszurichten. Der Beschluß des 95. Deutschen Ärztetages, die Weiterbildungsordnung für Ärzte sowohl um die Gebietsbezeichnung „Physikalische und rehabilitative Medizin“ als auch um die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ zu erweitern, könnte Schritte in die richtige Richtung ermöglichen, birgt aber auch die Gefahr isolierter Betrachtung von Teilaspekten.

12.4

Ausbildung, Prüfung und staatliche Anerkennung anderer Gesundheitsberufe sind derzeit bundesrechtlich geregelt für

- Masseur,
- Masseur und medizinische Bademeister,
- Krankengymnasten,
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten,
- Logopäden und
- Orthoptisten,

die weiterhin als wichtigste **Rehabilitationsberufe** unter den Gesundheitsberufen anzusehen sind. Die Bundesregierung ist weiterhin bemüht, die aus dem Jahr 1958 stammenden Regelungen für die Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters sowie des Krankengymnasten durch ein „Gesetz für Berufe der Physiotherapie — Masseur- und Physiotherapiegesetz“ abzulösen; es soll die Ausbildungen in diesen Berufen an moderne Entwicklungen in der physikalischen Therapie, der Bewegungstherapie und der Rehabilitation anpassen. Mangel besteht an ausgebildeten Sprachtherapeuten (Logopäden, Sprachheilpädagogen, klinische Linguisten) vor allem für Aphasie- und Dysarthriepatienten; die Folge sind lange Wartezeiten.

Auch Ausbildung und Tätigkeit in Berufen der Krankenpflege enthalten wichtige Aspekte der Rehabilitation. Diese Ausbildungen hat die Bundesregierung durch die Schaffung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege vom 4. Juni 1985 sowie der Ausbildungs- und Prüfungsordnung vom 16. Oktober 1985 auf eine neue Grundlage gestellt. Neben der Grundpflege haben Krankenpflegekräfte in der Rehabilitation auch therapeutische Aufgaben wie z. B. die Lagerung von Patienten, Training der Alltagsverrichtungen und Führung der Patienten zur Selbständigkeit. Dies findet bei der Fort- und Weiterbildung bisher keinen Niederschlag; im übrigen wird geprüft, inwieweit die Notwendigkeit besteht, das Berufsbild der „Rehabilitationsschwester“ zu entwickeln.

12.5

Bei ambulanten und stationären Angeboten der Behindertenhilfe sehen die Träger wachsende Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Personal in ausreichender Anzahl und mit angemessener Qualifikation. Rückläufigen **Fachkräftezahlen** stehen zur Zeit steigende Anteile an Aushilfskräften gegenüber. Neben fehlenden räumlichen oder organisatorischen Voraussetzungen führen derzeit auch die geltenden Personalschlüssel und der Fachkräftemangel teilweise zu Abstrichen bei der Umsetzung moderner, ganzheitlicher Konzepte der Betreuung und Pflege.

Um mehr Menschen für Berufe der Behindertenhilfe gewinnen zu können und die Fluktuation aus diesen Berufen zu verringern, sind unterschiedliche Maßnahmen erforderlich, um die Berufsbilder zu verbessern. Als Attraktivitätsmindernd gelten

- mangelndes professionelles Selbstverständnis sozialpädagogischer und -pflegerischer Aufgaben,
- Ausbildungsbedingungen wie z. B. die geforderten Vorleistungen in Vorpraktika,
- der trotz vier- bis fünfjähriger Gesamtdauer der Ausbildung niedrige berufliche Status,
- mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten sowie
- fehlende fachliche Differenzierung, die bei Erwerb von Zusatz- oder spezialisierenden Qualifikationen entsprechende Positionen bieten könnten.

Auch ist zu beachten, daß die Berufswahl grundsätzlich mehr von den Aspekten dauerhafter Berufstätigkeit und persönlicher Entwicklung geleitet wird. Wichtige Ansatzpunkte sind daher Aus-, Fort- und Weiterbildung, die in einem breit gefächerten Angebot akzeptable Berufsperspektiven und Weiterbildungschancen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Behindertenhilfe eröffnen.

Zur Steigerung der Attraktivität der Berufe können auch verbesserte Arbeitsbedingungen wie z. B. angemessene Personalschlüssel und eine Gestaltung der Tarifverträge beitragen, die den Besonderheiten der Behindertenhilfe Rechnung trägt. Auch gezielte Öffentlichkeitsarbeit, verbesserte Beratung durch die Arbeitsverwaltung sowie „Werbekampagnen“ könnten zur Personalgewinnung beitragen.

12.6

Für den gesamten Bereich der Behindertenhilfe gilt, daß Probleme der Behinderten ganzheitlich, d. h. in **interdisziplinärer Zusammenarbeit der Fachkräfte** angegangen werden müssen. Aus- und Fortbildung müssen daher auch den Fachkräften sozialer Arbeit sowohl ausreichende Kenntnisse über die originären Kompetenzen aller an dieser Zusammenarbeit Beteiligten als auch die Befähigung vermitteln, ihre jeweils spezifischen Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahrzunehmen. Hierzu muß Teamarbeit und psycho-soziale Kompetenz im täglichen Umgang mit Behinderten und ihren Angehörigen trainiert werden.

Aus- und Fortbildung der Fachkräfte in der Behindertenhilfe erfolgt in Verantwortung der Länder. Bisher ist es nicht gelungen, bestimmte Standards in der Aus- und Fortbildung sowie in der Praxis bundeseinheitlich durchzusetzen. Erforderlich wäre jedoch, bundesweit bestimmte Grundanforderungen zu beachten.

12.7

Bei der Behindertenhilfe liegt der berufsspezifische Beitrag der **Sozialarbeiter und Sozialpädagogen** vor allem in der selbständigen und eigenverantwortlichen Vermittlung zwischen „Behandlung“ behinderter Menschen und ihrer Umwelt. Neben Beratung, der Vermittlung von Sozialleistungen und der Aktivierung des sozialen Umfelds obliegt es ihnen unter anderem, eine der individuellen Situation entsprechende Hilfe anzubieten. Angesichts der wesentlichen Bedeutung der Sozialtherapie in nahezu allen Arbeitsbereichen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik ist es erforderlich, bereits in der Ausbildung die für diese Beziehungshilfe erforderlichen Grundkenntnisse und Einsichten zu vermitteln. Darüber hinaus sind Kenntnisse der Organisation und rechtlichen Grundlagen der Behindertenhilfe unverzichtbar.

In Ergänzung der für alle angehenden Sozialarbeiter und Sozialpädagogen gemeinsamen und verbindlichen Lernangebote muß die Fähigkeit vermittelt werden, sowohl aufgrund konkreter Kenntnisse der Medizin und der Psychopathologie hinter den Problemen behinderter Menschen zu erkennen, wann die Hinzuziehung anderer Fachkräfte erforderlich ist, als auch Verständnis zu entwickeln für die soziale (Mit-)Bedingtheit sowie die materiellen wie immateriellen Auswirkungen von Behinderungen andererseits. Praxisberatung und Supervision insbesondere in den ersten Berufsjahren sowie Fortbildungsangebote sind darauf auszurichten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen gemäß den besonderen Erfordernissen ihres Arbeitsfelds weiterzuqualifizieren.

12.8

Auf der Grundlage methodischer Konzepte fördern **Heilpädagogen** gezielt und systematisch die Eigenkräfte behinderter Menschen. Beratung und Anleitung der Bezugspersonen ergänzen und unterstützen ihre auf die behinderten Menschen selbst gerichtete, „behandelnde“ Tätigkeit. Die dafür erforderlichen beruflichen Qualifikationen, zu denen auch eine hohe psychische Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit gehören, sind Heilpädagogen in einer grundständigen Ausbildung oder in einer mindestens andert-halb-jährigen Weiterbildung auf der Basis einer erzieherischen oder sozialpflegerischen Ausbildung mit mehrjähriger einschlägiger Berufspraxis zu vermitteln. Dabei soll besonderen Schwierigkeiten, die mit einzelnen Behinderungsformen verbunden sind, durch entsprechende Ausbildungsschwerpunkte Rechnung getragen werden.

Heilerziehungspfleger kommt vor allem die Gestaltung der alltäglichen Versorgung und Pflege sowie des Umgangs mit behinderten Menschen unter Beachtung ihrer Möglichkeiten zum Erlernen neuer Fähigkeiten zu. Sie bieten hierdurch behinderten Menschen Hilfen im Rahmen einer Lebensbegleitung an, die individuellen Zugang zu einem erfüllten Leben auch unter den spezifischen Bedingungen der jeweiligen Behinderung eröffnen. Die Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen muß im Hinblick auf die Vielzahl der Behinderungsformen und -auswirkungen sowohl breit qualifizieren als auch durch besondere Praxisorientierung Akzentuierungen ermöglichen. Die hohe persönliche Belastung von Heilerziehungspflegerinnen aufgrund ihres breiten Tätigkeitsfelds erfordert ausreichende Angebote der Praxisberatung und Supervision sowie der Einstiegsfortbildung beziehungsweise der offenen Arbeit im Team.

Zu den berufsspezifischen Aufgaben der **Altenpfleger** in der Behindertenarbeit gehört es, älteren Menschen, die behindert oder pflegebedürftig sind, weitestmöglich bei der Erhaltung oder Wiedererlangung ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit zu helfen. Hierzu leisten sie nicht nur medizinisch-pflegerische Aufgaben, sondern — entsprechend den Erfordernissen ganzheitlicher Hilfe — auch soziale Betreuung, um den älteren behinderten oder pflegebedürftigen Menschen eine verantwortliche Lebensgestaltung zu ermöglichen. Die demographische Entwicklung in Deutschland, insbesondere der Anstieg psychischer Krankheiten im Alter, erfordert dringend eine diesen Gegebenheiten entsprechende Ausbildung der Altenpfleger, die zugleich ihr Berufsbild festigt und dadurch zu einer verbesserten Attraktivität dieses Berufs beiträgt. Daher ist eine bundeseinheitliche Neuordnung der Altenpflegeausbildung durch ein Altenpflegegesetz unerlässlich.

Familienpfleger begegnen in den von ihnen betreuten Familien häufig behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen. Deshalb müssen sie während der Ausbildung einen Überblick über altersspezifische Verhaltensweisen bei verschiedenen Behinderungen erhalten und über den Umgang mit Behinderten und ihren Angehörigen, über erste Hilfe in Krisensituationen sowie über Einrichtungen und Organisationen der Hilfen für Behinderte unterrichtet werden. Darüber hinaus sind diese Aspekte im berufsbezogenen Fortbildungsangebot so zu berücksichtigen, daß die in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und die in der Praxis gesammelten Erfahrungen systematisch ergänzt und angepaßt werden. Wesentlich ist die Vermittlung von Grundkenntnissen der Hilfen für Behinderte auch bei der Fortbildung der Einsatzleitung von Familienpflege und Sozialstationen.

12.9

Erzieher und Kinderpfleger sind zunehmend in der Behindertenarbeit z. B. in integrativen Einrichtungen tätig. Ihre Aus- und Fortbildung muß dieser Entwicklung jeweils Rechnung tragen.

Erzieher bei Hörgeschädigten sollten rechtlichen Anspruch auf hörgeschädigtenspezifische Fortbildung haben, damit sie ihrer Erziehungsaufgabe gerecht werden können. Noch immer werden Pädagogen und Erzieher an Einrichtungen für Gehörlose nicht in Gebärdensprache ausgebildet; im Interesse einer möglichst wirkungsvollen Förderung der betroffenen Kinder sollte diese Kommunikationsform nicht vernachlässigt werden.

Auch wenn es verfehlt wäre, bei der Kommunikation Gehörloser ausschließlich auf Gebärdensprache abzustellen, da dies insbesondere der beruflichen Eingliederung dieses Personenkreises eher entgegenwirken würde, wird die Notwendigkeit gesehen, die Ausbildung von **Gebärdensprachdolmetschern** stärker als bisher zu fördern; für etwa 80 000 Gehörlose gibt es in Deutschland derzeit nur rund 390 Gebärdensprachdolmetscher, von denen nur 18 eine feste Anstellung haben. Gehörlose nehmen im Durchschnitt weniger als eine Stunde im Jahr Gebärdensprachdolmetscher in Anspruch. Der Landesverband der Gehörlosen Nordrhein-Westfalen führt in Kooperation mit der Universität Köln einen Modellversuch Gebärdensprach-Dolmetscherausbildung als berufsbegleitende Ausbildung durch. Seit Herbst 1993 wird an der Universität Hamburg die erste berufsqualifizierende Dolmetscherausbildung für Gebärdensprache (einschließlich lautsprachbegleitender Gebärdensprache) durchgeführt. Diese dreijährige Vollausbildung steht in engem Zusammenhang mit dem im Wintersemester 1992/1993 eingeführten Magisterstudiengang „Gebärdensprachen“. Die Wahlmöglichkeit des Studiengangs Gebärdensprachen als Unterrichtsfach in Verbindung mit dem Studium für das Lehramt an Gehörlosenschulen wird zur Zeit geprüft.

Durch die Landesdolmetscherzentrale in Sachsen (Träger ist der Landesverband der Gehörlosen) wird seit Mitte 1993 die Aus- und Fortbildung von Gebärdensprachdolmetschern durchgeführt.

12.10

Klarungsbedarf besteht noch bei der Bewertung und **Anerkennung erworbener Berufsabschlüsse** im Bereich der Behindertenhilfe in staatlichen Einrichtungen der ehemaligen DDR sowie bei erforderlichen Zusatzausbildungen entsprechend den Ausbildungsstandards in den alten Bundesländern. Verschiedene Träger wie Diakonisches Werk, Caritas, Lebenshilfe bieten bereits Weiterbildungsmöglichkeiten an. Zur Bewertung der Berufsabschlüsse hat der Fachausschuß „Soziale Berufe“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge im März 1992 eine entsprechende Empfehlung erarbeitet, die von den Ländern geprüft und umgesetzt werden muß.

12.11

Neben der notwendigen Eingangsqualifizierung ist eine kontinuierliche **Fortbildung**, die sich sowohl an die Fachkräfte der Rehabilitationsträger als auch an die Fachkräfte der Rehabilitationseinrichtungen richtet, unerlässlich. Mit ihrer spezifischen Fort- und Wei-

terbildung nehmen die jeweils zuständigen Träger diese Funktion grundsätzlich in eigener Verantwortung wahr. Spezielle Themen sowie Fragen allgemeiner Bedeutung werden in zentralen mehrwöchigen oder regelmäßigen Lehrgängen, Arbeitstagen oder Seminaren behandelt. Neben aktuellen Fachfragen werden auch Fragen der Kommunikation und Gesprächstechnik erörtert.

Besonders bewährt im Bereich der Rehabilitation und Eingliederung Behinderter hat sich trägerübergreifende Fortbildung, die von den Trägergruppen ausgerichtet und von ihnen selbst oder durch beauftragte Institutionen durchgeführt wird. Ziel dieser Fortbildung ist es, die Rehabilitationsfachkräfte mit den organisatorischen und rechtlichen Grundlagen sowie den Anliegen und Zielen einer modernen und umfassenden Rehabilitation vertraut zu machen und ihnen die für den zu betreuenden Personenkreis erforderlichen besonderen berufs- und sozialpädagogischen Kenntnisse und Methoden zu vermitteln. Intensive Erfahrungsaustausche über Inhalte, Methoden und Zielgruppenprobleme sollen dazu beitragen, den Mitarbeitern der verschiedenen Trägergruppen Kooperationsmöglichkeiten im Gesamtsystem der Rehabilitation zu erschließen.

Notwendigkeit, trägerübergreifende Seminare für Fachkräfte der Rehabilitationsträger durchzuführen, besteht auf Grund des großen Informationsbedarfs besonders in den neuen Bundesländern speziell in den Bereichen Information, Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation. Noch 1991 hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit Schulungsveranstaltungen im Freistaat Sachsen begonnen, in denen besonderer Wert auf die Vermittlung von Basiswissen der Rehabilitation gelegt wird. Zu dem vorhandenen spezifischen Rehabilitationswissen in den jeweiligen Trägerbereichen soll ein Überblick über das gesamte Rehabilitations- und Sozialrecht vermittelt werden, um die verschiedenen Rehabilitationsaspekte in ihren Gesamtzusammenhängen begreifen und flexibel lösen zu können. Das Schulungsangebot wurde 1992 auf alle neuen Bundesländer ausgeweitet. Auf Anregung der Behindertenverbände hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation das Schulungsangebot auch auf haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter der Behindertenorganisationen in den neuen Bundesländern ausgedehnt.

Seit 1985 bieten darüber hinaus — koordiniert durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation — die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger Seminare für trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung an. Diese Seminare werden von den Teilnehmern aus allen Bereichen des gegliederten Systems der sozialen Sicherheit, aber auch von Behindertenverbänden und Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege besucht. Um dem großen Bedarf nach einer Grundschulung zum Thema „Rehabilitation“ für Mitarbeiter in den neuen Bundesländern gerecht zu werden, beschloß die BAR, 1992 auch trägerübergreifenden Grundseminare speziell für Rehabilitationsfachkräfte aus den neuen Bundesländern durchzuführen.

12.12

Auf Anregung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung einigten sich die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation auf Seminare für **Fachkräfte der Rehabilitationseinrichtungen**. Seit 1986 richten sich die Fortbildungsveranstaltungen an die Mitarbeiter der medizinischen, psychologischen, berufsfördernden und sozialen Dienste sowie Verwaltung der genannten Einrichtungen und der Werkstätten für Behinderte. Sie werden im Rahmen von Seminarveranstaltungen durchgeführt, wobei die Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationseinrichtungen Seminartypen und -inhalte festlegen. Die Zahl der Seminare hat sich aufgrund der großen Nachfrage von 17 in 1986 über 30 in 1989 auf 52 in 1993 entwickelt. Für die Folgejahre wird eine weitere Erhöhung der Zahl der Seminare angestrebt. Dieses Ergebnis belegt die bedarfsgerechte Ausrichtung der angebotenen Fortbildungsmaßnahmen, wozu auch die Auswertung regelmäßig durchgeführter Teilnehmerbefragungen beigetragen hat.

Mit Koordinierung, Organisation und technischer Abwicklung der Seminare ist das Berufsförderungszentrum Essen beauftragt. Die Personal- und Sachkosten für diese Koordinierungsstelle einschließlich der Kosten für Referenten werden aus dem Haushalt des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung finanziert.

Jahr	Kosten für Aus- und Fortbildung von Fachkräften der Einrichtungen in 1 000 DM
1986	210
1989	247
1993	530

Seit 1991 werden mit steigender Tendenz auch Mitarbeiter aus den Rehabilitationseinrichtungen in den neuen Bundesländern in die Fortbildung einbezogen. Wegen des sehr hohen Informationsbedarfs ist davon auszugehen, daß die Nachfrage allein aus diesem Bereich in den nächsten Jahren erheblich zunehmen wird. Dem tragen die seit dem Haushaltsjahr 1993 eingesetzten und die in der mittelfristigen Finanzplanung vorgesehenen Bundesmittel Rechnung.

13. Forschung

13.1

Sollen Rehabilitation und Eingliederung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen dem Qualitätsanspruch, der an diese Aufgaben gestellt wird, und den Erwartungen der Betroffenen entsprechen, müssen bei ihrer Konzeption und ihrer Durchführung alle praktischen, vor allem aber auch ein-

schlägige **wissenschaftliche Erkenntnisse** genutzt werden. Entwicklungen in diesem Bereich werden vielfach durch Forschungsarbeiten eingeleitet, begleitet, gefördert oder dokumentiert, sei es durch Einsatz bereits gewonnener Erkenntnisse für diese Aufgaben, sei es durch Forschungs- und Entwicklungsarbeiten mit dem ausdrücklichen Ziel, Rehabilitation und Eingliederung Behinderter zu verbessern. Anlaß für Fortentwicklungen sind teilweise veränderte Anforderungen, wie sie sich z. B. aus „neuen Technologien“, aus dem Bemühen um „neue“ Behindertengruppen wie den psychisch Behinderten oder aus „neuen“ Erfordernissen von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ergeben; oft entstehen Ansätze für wissenschaftliches Interesse aber gerade aus den speziellen Problemlagen behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen. Forschungsarbeiten und wissenschaftliche Erkenntnisse unterschiedlicher Fachdisziplinen haben daher großen Einfluß auf Ziele und Wege der Rehabilitation und der Eingliederung.

Die Bundesregierung unterstützt in verschiedenen Schwerpunktbereichen Forschungs- und Entwicklungsarbeiten mit dem Ziel, die Lebensbedingungen behinderter Menschen zu verbessern. Dies geschieht oft im Rahmen von Forschungsprogrammen, insbesondere der Programme „Gesundheitsforschung 2000“ und „Arbeit und Technik“; darüber hinaus werden für spezifische Fragen Behinderter Lösungen durch wissenschaftliche Untersuchungen der dafür zuständigen Ministerien angestrebt.

Weitere Forschungsimpulse werden auch durch die Anregungen der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger sowie durch neue infrastrukturelle Entwicklungen (z. B. Aufbau eines Fachbereiches Rehabilitationswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin) erwartet.

13.2

Das Programm „**Gesundheitsforschung 2000**“ geht wie auch das Vorläuferprogramm „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ von einem umfassenden Rehabilitationsverständnis aus, das neben medizinischen auch berufliche und soziale Aspekte einbezieht. Forschungsschwerpunkte und Themen reichen von der Diagnostik über Fragen der Behandlung und Rückfallprophylaxe bis zur Gestaltung rehabilitativer Maßnahmen einschließlich der Entwicklung technischer Hilfen für Behinderte. Das Programm „Gesundheitsforschung 2000“ ist auf forschungsstrukturelle Wirkungen in gesundheitspolitisch vorrangigen Forschungsfeldern ausgerichtet. Diese Ausrichtung bietet Möglichkeiten, auch die für eine dauerhafte Verankerung der Rehabilitationswissenschaften geeigneten Forschungsstrukturen in Universitäten zu entwickeln.

Die Rehabilitationsträger haben in eigenen Forschungsarbeiten besonders thematisiert,

— ob die mit medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation angestrebten Ziele (z. B. vorzeitige Minderung der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern) erreicht werden, und

— wie die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen zielgerichtet gesteuert werden kann.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger fördert seit 1975 wissenschaftliche Untersuchungen zur Weiterentwicklung der Rehabilitationsleistungen und legt dabei seinen Schwerpunkt auf die anwendungsorientierte Forschung. Die vom Verband eingesetzte „Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung“ hat das Fehlen adäquater wissenschaftlicher Grundlagen für die Rehabilitationswissenschaften ebenso hervorgehoben wie die mangelnde Infrastruktur für die Rehabilitationsforschung. In ihren Vorschlägen zur stärkeren Förderung der Rehabilitationswissenschaften wendet sich die Kommission sowohl an die Bundesländer (z. B. Einrichtung von rehabilitationswissenschaftlichen Lehrstühlen und Abteilungen) als auch an die Rentenversicherungsträger selbst (Anhebung der Forschungsmittel, Aufbau einer rehabilitationswissenschaftlichen Einrichtung der Rentenversicherung, rehabilitationswissenschaftliche Forschungsabteilungen im Verbund mit Universitäten in ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen).

Zum einen betrifft die empfohlene Fortentwicklung ein auf die Erkenntnisinteressen der Rehabilitationsträger abgestelltes Forschungsprogramm, für das ein Anteil der Aufwendungen für Rehabilitation von den Rehabilitationsträgern bereitgestellt werden sollte. Zum anderen empfiehlt die Kommission, die Rehabilitationswissenschaften in den universitären Forschungsstrukturen so zu verankern, daß eine kontinuierliche rehabilitationswissenschaftliche Forschung möglich wird. Die zweite Empfehlung richtet sich an die Kultusministerkonferenz der Länder. Mit diesen beiden Empfehlungen werden Forschungsstrukturen angestrebt, die auf der einen Seite sich an den Aufgabenprofilen der Träger orientieren, die aber auf der anderen Seite im universitären Bereich auch die nötige Unabhängigkeit und Offenheit der Forschung gegenüber neuartigen und wirkungsvollen Lösungsansätzen gewährleisten, die gerade bei der Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und bei ihrer Eingliederung in die Gesellschaft unverzichtbar ist.

13.3

In zwei vom Bundesministerium für Forschung und Technologie geförderten Forschungsvorhaben zur **Früherkennung** von Hör- und Sehstörungen bei Kleinkindern wurden Methoden entwickelt und validiert, um Kinder mit diesen Behinderungen frühzeitig zu entdecken und der Behandlung oder Frühförderung zuzuführen. Untersuchungen zur Optimierung von Diagnostik und Therapie bei Säuglingen mit Schilddrüsenunterfunktion sind erfolgreich abgeschlossen worden; die Ergebnisse haben Eingang in die medizinische Praxis gefunden.

Bei den Untersuchungen zur erblichen Stoffwechselerkrankung **Phenylketonurie** hat sich der Schwerpunkt verschoben zu Fragen der psychosozialen Krankheitsbewältigung sowie der Diät und der Suche nach Lebensmitteln, die den Anteil synthetischer

Lebensmittel an der Diät reduzieren und damit den langfristigen Behandlungserfolg sowie die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Zur Zeit wird versucht, betroffenen Frauen und Mädchen eine präventive Schwangerschaftsberatung anzubieten, da die Krankheit der Mutter den Fötus schädigt.

Inzwischen konnte das Vorhaben zur **konduktiven Förderung cerebral geschädigter Kinder** mit der Veröffentlichung eines Berichts über die Ergebnisse eines Modellversuchs abgeschlossen werden, in dem das von dem ungarischen Arzt Dr. Petö entwickelte Konzept der konduktiven Förderung auf deutsche Gegebenheiten umgesetzt wurde. Danach werden cerebral geschädigte Kinder (oder Erwachsene) nicht wie üblich durch ein multidisziplinäres Team verschiedener Berufsgruppen betreut, sondern allein von dem sogenannten „Konduktor“, der alle Aufgaben in sich vereint.

Ein breit angelegter Förderschwerpunkt mit 21 Vorhaben zur **Entwicklung und Reifung chronisch kranker Kinder** soll klären, wie verhindert werden kann, daß chronische Krankheiten die Entwicklung und Reifung wesentlich beeinträchtigen und sich während der Entwicklungsphase der Kinder und Jugendlichen dauernde Behinderungen verfestigen; hierzu sollen entwicklungspsychologisch orientierte therapeutische Vorgehensweisen einbezogen und damit für die Rehabilitation generell wichtige Ansätze verfolgt werden. Ein neues Projekt im Bereich der Gesundheitswissenschaften untersucht die **Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch Familien mit behinderten Kindern im Vorschulalter**, um eine bessere Abstimmung von Angebot und Nachfrage zu erreichen.

Zum Vorhaben **Erfassung und Rehabilitation neurogener Lernstörungen beim Spracherwerb hörgeschädigter Kinder und Jugendlicher** liegt der Abschlußbericht vor, in dem Förder- und Therapiemaßnahmen für die schwerhörigen Schülerinnen und Schüler erarbeitet wurden, deren spezifische Lernschwierigkeiten beim Spracherwerb im Rahmen der Hörgeschädigtenpädagogik noch keine Berücksichtigung finden. Das Vorhaben zielt auf eine ganzheitliche Pädagogik, die notwendige neue Elemente in bewährte Lehrverfahren integriert, und auf komplexe Rehabilitation neurogener Lernstörungen; dazu wurde eine Individual- und Gruppentherapie für Förderstunden entwickelt.

Eine Untersuchung zu **Ernährungsproblemen bei behinderten Kindern und Jugendlichen in Institutionen** wurde Anfang 1992 mit der Vorlage eines umfangreichen Berichts erfolgreich abgeschlossen. Die individuelle und großküchenbezogene Ernährungsberatung konnte die Essensqualität in den Institutionen, die an der Studie teilgenommen haben, meßbar verbessern. Besondere Probleme bereiten die Ernährung von geistig und körperlich Schwerstbehinderten; dabei handelt es sich jedoch weniger um ein Ernährungs- als vielmehr um ein Pflegeproblem.

13.4

Zur Rehabilitation von **chronisch Kranken** werden in mehreren laufenden Forschungsschwerpunkten rehabilitative Strategien evaluiert und neue Wege erprobt, beispielsweise unterschiedliche Behandlungsformen bei **Epilepsie**-Patienten bewertet.

Der **Rehabilitation von Krebskranken** widmet sich ein mit Mitteln des Bundesministeriums für Forschung und Technologie geförderter Forschungsschwerpunkt mit 17 Vorhaben, deren zentrale Fragestellungen sich auf Krebspatienten und deren Angehörige, die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, den Bedarf und die Gestaltung von psychosozialen Maßnahmen in der onkologischen Versorgung und die Inanspruchnahme und Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen beziehen.

Anforderungen einer umfassenden bedarfsgerechten Versorgung von **Rheumakranken** wurden von 1984 bis 1990 in fünf Regionen der Bundesrepublik Deutschland mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Forschung und Technologie untersucht. Dabei wurden bei unterschiedlichen Rechtsträgern (Kliniken, Rheuma-Liga und sonstige Träger) entsprechende Strukturen wohnortnah aufgebaut. Der Gesundheitszustand der Betroffenen, die in die Studie einbezogen wurden, konnte stabilisiert werden; allerdings blieb die Akzeptanz der Ärzte in den Regionen eher unbefriedigend.

Chronische Schmerzen stellen für die Betroffenen häufig eine erhebliche Beeinträchtigung dar und führen zu persönlichen, beruflichen und sozialen Einschränkungen, die die Lebensqualität auf Dauer deutlich herabsetzen. Die 21 vom Bundesministerium für Forschung und Technologie geförderten Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der klinischen und anwenderorientierten Schmerzforschung sollen dazu beitragen, Ursachen und Entstehung chronischer Schmerzen aufzuklären und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung chronisch Schmerzkranker zu verbessern, schwerpunktmäßig durch Entwicklung und Erprobung nicht-medikamentöser und nebenwirkungsarmer Strategien. Chronischer Schmerz ist nach dem heutigen Kenntnisstand ein komplexes Geschehen, das von somatischen, psychischen, sozialen und verhaltensbedingten Faktoren beeinflusst ist; die Bekämpfung chronischer Schmerzen macht daher interdisziplinäres Forschen und therapeutisches Vorgehen erforderlich.

13.5

Verschiedene stärker technisch ausgerichtete Förderschwerpunkte des Bundesministeriums für Forschung und Technologie sind auf die **Entwicklung von verbesserten Verfahren der Organunterstützung** (z. B. künstliche Niere, künstlicher Pankreas), auf die Entwicklung **biokompatibler Werkstoffe** (z. B. Gefäßersatz) und auf Probleme der **Endprothetik** ausgerichtet. Die Förderung beschränkt sich dabei nicht auf die Entwicklung und Optimierung der technischen und klinischen Verfahren, sondern

umfaßt auch die Qualitätssicherung der Patientenversorgung durch vergleichende Therapiestudien. Schwerpunkt im Bereich der Endoprothetik waren ein breit angelegtes, multidisziplinäres Verbundvorhaben zur Langzeitstabilität von Endoprothesen, wobei Fragen der Biokompatibilität verschiedener Prothesenmaterialien untersucht wurden, sowie Forschungs- und Entwicklungs-Vorhaben zur Hüftgelenkendoprothetik.

In diesen Zusammenhang fügt sich auch ein Forschungsprojekt, das sich mit **Sport im Rahmen der Rehabilitation von Patienten mit künstlichem Hüftgelenk** befaßt. Mit ihm wurden die Möglichkeiten überprüft, zur Rehabilitation dieser Gruppe Sport als bewegungstherapeutische Maßnahme einzusetzen, und zwar sowohl in Kurkliniken als auch schwerpunktmäßig im ambulanten Behindertensport (Rehabilitationssport) am Wohnort. Nach den Ergebnissen der Studie trägt dies nicht nur dazu bei, die chirurgisch-orthopädischen Erfolge zu sichern und zu verbessern, sondern kann möglichst lebenslange Motivation zur Bewegung bilden, die als kostengünstige Rehabilitationsmaßnahme ärztliche und krankengymnastische Behandlungen vermeiden helfen kann.

13.6

Psychische Krankheiten sind häufig Ursachen einer Behinderung, wobei auch hier die Grenze zwischen Therapie und Rehabilitation fließend verläuft. Ein vom Bundesministerium für Forschung und Technologie geförderter Forschungsschwerpunkt zu „Therapie und Rückfallprophylaxe seelischer Erkrankungen im Erwachsenenalter“ befaßt sich vorrangig mit chronisch gewordenen psychischen Krankheiten. Da die untersuchten Therapieansätze darauf abzielen, Rückfälle zu vermeiden, werden vor allem bei der psychosozialen Behandlung und Begleitung ähnliche Verfahren angewendet wie in Rehabilitationsprogrammen. Primär soll aber die Entwicklung der Grunderkrankungen möglichst früh beeinflusst und das Entstehen fortdauernder Beeinträchtigungen vermieden werden; da dies nicht immer gelingt, werden mit zunehmender Krankheitsdauer auch Wege der medizinischen und, wo möglich, beruflichen Rehabilitation auf ihre Eignung untersucht.

Im Mittelpunkt der vom Bundesministerium für Gesundheit derzeit geförderten Einzelvorhaben des Modellverbunds zur **ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung** stehen

- tagesstrukturierende Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte mit Modellerprobungen im komplementären Bereich mit neuen Formen der Arbeit, des Arbeitsplatzangebots und der flexiblen Arbeitszeit sowie integrierender Betreuung von Wohnen, Arbeit und Freizeit;
- gemeindeintegrierte Versorgung für chronisch psychisch Kranke und Behinderte mit verbindlichen Formen der Kooperation von ambulanten, komplementären, teilstationären und stationären

Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten und Angehörigen;

- die Integration forensisch psychiatrischer Patienten in die allgemeine psychiatrische ambulante und komplementäre Versorgung, um psychisch kranken Straftätern nach der Haftentlassung eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft und auch ins Arbeitsleben zu ermöglichen.

Im übrigen wird das gegenüber den Vorjahren erhöhte Finanzvolumen des Modellverbundes Psychiatrie vorrangig für Modelle in den neuen Bundesländern genutzt, um dort gezielt den Aufbau der für eine moderne Psychiatrie wichtigen ambulanten und komplementären Dienste und Einrichtungen zu fördern.

13.7

In diesen Zusammenhang paßt sich ein Vorhaben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung ein, das sich mit der **medizinischen Rehabilitation psychischer Störungen von Hörbehinderten** befaßt. Das Vorhaben hatte die Untersuchungsfelder

- Akutversorgung psychischer Störungen Hörbehinderter im Landeskrankenhaus Lengerich,
- psychotherapeutisch ausgerichtete Kuren in Bad Berleburg sowie
- ambulante psychiatrische Behandlung von Hörbehinderten in Düsseldorf

und wurde wissenschaftlich begleitet. Die Teilvorhaben unterschieden sich hinsichtlich ihres institutionellen Ansatzes, der therapeutischen Zielvorgaben sowie vor allem hinsichtlich ihrer Zielgruppen, da sowohl Art und Schwere der psychischen Störung wie auch die der Hörschädigung unterschiedlich waren.

Insgesamt zeigte sich bei den Zielgruppen ein — durch bisherige Versorgungsangebote nicht abgedeckt — Bedarf an Psychotherapie, allerdings abgestuft nach Art und Schwere der psychischen Störung. Die Maßnahmen hatten positive Ergebnisse — nicht nur im Eigenurteil der Patienten — in bezug auf ihre psychische Stabilität, ihre Eigenständigkeit und ihre Problemlösungskompetenz. Nach dem Ergebnis des Gesamtprojekts unterscheidet sich die Psychotherapiefähigkeit Hörbehinderter trotz der Kommunikationsbeschränkungen nicht von der normalhörender Menschen mit psychischen Störungen; die Psychotherapie setzt jedoch entsprechende Qualifikation sowohl in Hinblick auf hörbehindertenspezifische Kommunikationsformen als auch auf Kenntnisse der besonderen Lebenssituation der Betroffenen voraus. Wünschenswert wäre der Aufbau einer Versorgungskette von ambulanten, auch präventiv arbeitenden Beratungs- und Betreuungsstellen, spezialisierten stationären Angeboten und Einrichtungen der Nachsorge.

13.8

Die Entwicklung von **Hilfsmitteln für Behinderte** bildet nach wie vor einen Schwerpunkt im Programm der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000“, wobei neue Prioritäten gesetzt wurden. Der Förderschwerpunkt „Technische Orthopädie“, in dem seit 1976 rund 18,4 Mio DM eingesetzt wurden, ist inzwischen ausgelaufen. Zum Abschluß standen hier insbesondere die Entwicklung von Kleidung für Rollstuhlfahrer und eines Gerätes zur computergestützten funktionellen Elektrotherapie von Skelettmuskeln bei Immobilisation im Mittelpunkt. Im Förderschwerpunkt „Technische Hilfen für Sinnesbehinderte“ wurden seit 1975 Einzelvorhaben mit einem Mitteleinsatz von rund 38,8 Mio DM gefördert, wobei zunächst die Entwicklung von technischen Hilfen für Blinde im Mittelpunkt stand; diese Projekte sind mit einem Vorhaben zur Entwicklung eines Moduls für Geräte zur Darstellung von Blindenschrift abgeschlossen worden. Vorhaben zu einem mikroelektronischen Therapiesystem für hirnorganisch bedingte Sprachstörungen wurden ebenfalls erfolgreich beendet.

Neue Akzente werden seit 1989 mit Forschungs- und Entwicklungsvorhaben zu Hilfen für Hörgeschädigte gesetzt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, daß Hörstörungen verschiedenen Grades bei mehr als 10 v. H. der Bevölkerung auftreten, mit teilweise erheblichen psychischen und sozialen Folgen; derzeit werden 16 Vorhaben zu neuen Verfahren der Audiometrie des Sprachunterrichts sowie zur medizinischen und technischen Rehabilitation bei Mittel- und Innenohrschädigungen gefördert.

13.9

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung werden **Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß untersucht**. Ausgehend von der in § 74 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Möglichkeit, arbeitsunfähige Behinderte nach langer schwerer Krankheit stufenweise wieder ins Arbeitsleben einzugliedern, und entsprechenden Maßnahmen (unter anderer Bezeichnung) auch anderer Rehabilitationsträger sollen Informationen insbesondere zu Einleitung und Durchführung, aber auch zur Zielgruppe dieser Maßnahmen ermittelt werden. Das Projekt soll die Möglichkeiten einer Generalisierung verschiedener Modelle zur schrittweisen Arbeitsaufnahme im Bereich der Rehabilitationsträger, aber auch der Wirtschaft prüfen sowie die Effektivität und Effizienz solcher Maßnahmen analysieren. Als erster Teil liegt eine Bestandsaufnahme vor; in ihr wird deutlich, daß viele der bestehenden Probleme nicht allein durch organisatorische Maßnahmen und höheren Mitteleinsatz zu lösen sind, sondern vor allem der fachlichen Erörterung rechtlicher Fragen in den zuständigen Gremien bedürfen. Daher hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung eine Arbeitshilfe herausgegeben, mit der schon vorliegende Forschungsergebnisse für die

Praxis aufgearbeitet wurden. In einem dritten Schritt des Vorhabens sollen die Praxiserfahrungen jetzt evaluiert und weiter vertieft werden.

13.10

Die **Altersforschung** kann bedeutsame Erkenntnisse zur Entstehung und Vermeidung von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit im Alter liefern. Sie kann auch Wege aufzeigen, wie mentale und physische Fähigkeiten für eine selbständige Lebensführung möglichst lange erhalten bleiben oder bei Verlust wiedererlangt werden können. Die Forschungsförderung konzentrierte sich auf altersbedingte seelische und neurodegenerative Erkrankungen mit besonderem Gewicht auf der Alzheimerschen Erkrankung. Neben Fragen der Krankheitsbewältigung und Rehabilitierbarkeit werden auch Fragen der Früherkennung und -behandlung untersucht, um den Krankheitszustand mit seinen vielfältigen Beeinträchtigungen in der Lebensführung hinausschieben zu können.

Zusätzlich wird eine Analyse der psychosozialen Konsequenzen, die aus dem teilweisen oder völligen Verlust der Sehfähigkeit im Alter resultieren, aus Mitteln des Gesundheitsforschungsprogramms unterstützt. Dabei werden die Interaktionen zwischen sehbeeinträchtigten alten Menschen und ihrer Umwelt in den Mittelpunkt gerückt.

13.11

Den größten Anteil an der Bewältigung von Behinderung tragen neben den Betroffenen selbst die Familien, Nachbarschaften, Selbsthilfegruppen und Gemeinden. Deren Aufgaben und Handlungsansätze richtig zu ermitteln, damit die professionelle Versorgung hierauf abgestimmt werden kann, wird als anspruchsvolle Forschungsaufgabe weiter verfolgt. Da die Situation in den neuen Bundesländern durch die Umgestaltung des Sozialsystems für Familien mit behinderten Kindern besonders schwierig ist, gibt das Bundesministerium für Familie und Senioren eine Studie in Auftrag, die Aufschluß über die aktuelle **Situation der Familien**, deren Hilfebedarf und mögliche Hinweise für Veränderungen geben soll.

Von einem noch laufenden Forschungsvorhaben, das mit Mitteln des Bundesministeriums für Forschung und Technologie gefördert wurde, gingen wesentliche Impulse zur Kooperation von Ärzten mit Selbsthilfegruppen und damit zur Verbesserung der Effektivität ambulanter ärztlicher Versorgung aus und führten in drei Kassenärztlichen Bezirken zu „Kooperationsberatungsstellen für Ärzte und Selbsthilfegruppen (KOSA)“.

13.12

Über **Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland** wurde eine im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit erstellte Untersuchung 1989 veröffentlicht. Zur Zeit der Un-

tersuchung gab es etwas mehr als 50 Tagespflegeeinrichtungen mit rund 800 Plätzen; sie bieten kranken oder behinderten pflegebedürftigen Menschen ärztliche Hilfe, aktivierende Pflege und Therapie mit dem Ziel, verbliebene Fähigkeiten zu erhalten, verlorene wiederzugewinnen und die Selbsthilfekräfte zu stärken. Unter den Nutzern waren die 70jährigen und älteren Personen zahlenmäßig am stärksten vertreten; nur rund 10 v. H. der Nutzer waren unter 60 Jahre alt. Neben Angaben über den Stand der Entwicklung und die Leistungsmöglichkeiten der Tagespflege und einer Analyse der noch bestehenden Probleme gibt der Bericht vorsichtige Empfehlungen für Möglichkeiten der Weiterentwicklung und die hierfür notwendigen Schritte.

13.13

Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie und Senioren hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe eine Untersuchung über **Kurzzeitpflegeeinrichtungen**, die pflegende Angehörige entlasten und vor Überforderung bewahren sollen, in den alten Bundesländern durchgeführt. 1991 wurde ein Bestand von insgesamt rund 2 600 ganzjährig zweckgebundenen Plätzen in 223 Einrichtungen mit bestimmten Mindestanforderungen ermittelt. Nach einer ersten vorsichtigen Bedarfsschätzung aufgrund von Erfahrungswerten aus Augsburg und Bremen ist damit der Sofortbedarf in den alten Bundesländern bislang nur zu etwa einem Drittel abgedeckt; neben den ganzjährig zweckgebundenen Plätzen gibt es jedoch auch ein saisonal beschränktes Angebot (z. B. nur während der Sommerschulferien) und einzelne „eingestreute“ Plätze in Heimen. In zwei von drei Fällen (65 v. H.) der mehr als 2 000 dokumentierten Kurzzeit-Pflegeaufenthalte handelte es sich um „Urlaubspflege“, in 41 v. H. der Fälle hatte sich der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen erheblich verschlechtert; 12 v. H. der Pflegenden waren physisch und psychisch überfordert, 7 v. H. mußten die Zeit bis zum Freiwerden eines Heimplatzes überbrücken, wobei Mehrfachnennungen zulässig waren. In anderen Fällen konnten mit Kurzzeitpflege Krankenhausaufenthalte abgekürzt werden. Das Durchschnittsalter der Nutzer betrug 81,3 Jahre; nur 5,8 v. H. waren unter 65 Jahren. Drei von vier Pflegegästen waren Frauen.

13.14

Aufschluß über die Situation von **Pflegebedürftigen in Heimen** ergab eine vom Bundesministerium für Familien und Senioren vorgelegte Untersuchung, mit der für die alten Bundesländer repräsentative Daten über Einkommens- und Vermögenssituation der in Heimen Lebenden erhoben wurden. Sie erfaßte rund 243 500 Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen sowie rund 118 000 Selbstzahler; damit müssen von den rund 361 500 Pflegebedürftigen in Heimen knapp 70 v. H. Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen. Das Alter der Pflegebedürftigen in Heimen liegt durchschnittlich bei 80 Jahren; insgesamt 77 v. H. waren Frauen. Bei der Altersstruktur ergeben sich große Unterschiede zwischen den Hilfeempfan-

gern und den Selbstzahlern; während 38 353 oder 16 v. H. der Hilfeempfänger jünger als 65 Jahre waren, betrug der Anteil dieser Altersklasse bei den Selbstzahlern 4 v. H.

Von den stationär versorgten Pflegebedürftigen leben insgesamt 88 v. H. in Altenheimen oder deren Pflegeabteilungen oder in mehrgliedrigen Einrichtungen. Weitere 4 v. H. sind in einem Altenkrankenheim untergebracht, 8 v. H. werden in Behinderteneinrichtungen oder „sonstigen Einrichtungen“ wie Landeskrankenhäusern, Kinder- und Pflegeheimen oder psychiatrischen Pflegeheimen versorgt. Auch hier wurden signifikante Unterschiede zwischen Hilfeempfängern und Selbstzahlern aufgezeigt; insbesondere überstieg der Anteil der Hilfeempfänger in Behinderten- und sonstigen Einrichtungen mit 10 v. H. deutlich den für Selbstzahler ermittelten Wert von 1 v. H.

Die in Heimen lebenden Pflegebedürftigen wurden zu 22 v. H. in Einrichtungen öffentlicher, zu 62 v. H. in Heimen gemeinnütziger und zu 16 v. H. in Heimen gewerblicher Trägerschaft versorgt. Nur bei den „sonstigen Einrichtungen“ leben über die Hälfte der Pflegebedürftigen in Heimen öffentlicher Trägerschaft, vorwiegend in psychiatrischen Spezialeinrichtungen. Gewerbliche Träger spezialisieren sich offensichtlich auf den Bereich der Altenpflege und betreiben nur wenige Einrichtungen der Behindertenpflege oder mehrgliedrigen Heime.

Der durchschnittliche Tagespflegesatz für Pflegekosten im engeren Sinn, Unterkunft und Verpflegung lag bei 94 DM. Die Pflegekosten der Empfänger von Hilfe zur Pflege betragen im Monat durchschnittlich 3 095 DM, das durchschnittliche berücksichtigungsfähige Einkommen — insbesondere Rentenansprüche — 1 038 DM. Bei 13 v. H. wurden unterhaltspflichtige Personen in Anspruch genommen; die Unterhaltsbeiträge beliefen sich durchschnittlich auf 303 DM im Monat, so daß Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge eine durchschnittliche Nettoleistung von 2 022 DM erbringen mußten. Bei höherem Alter steigt der Anteil der Hilfeempfänger, die eigene Einkünfte zur Pflegekostenfinanzierung einsetzen können; von den unter 60jährigen verfügten 37 v. H. über kein berücksichtigungsfähiges Einkommen, während von den über 80jährigen mehr als die Hälfte Einkommen zwischen 1 000 DM und 2 000 DM einsetzen konnten. Ein Viertel aller Selbstzahler hat monatliche Einkommen bis 1 500 DM, die Hälfte bis zu 2 100 DM, drei Viertel bis zu 2 900 DM.

13.15

Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren wurde von einem Forschungsverbund eine Untersuchung zu **Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung** durchgeführt, die Erkenntnisse über Zahl und Situation pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ihrer Angehöriger gewinnen, den Bedarf an Hilfe und Pflege klären und Unterstützungsmöglichkeiten für eine möglichst selbständige Lebensführung untersuchen soll. Aufgrund einer Repräsentativerhebung liegen erstmals

für die Bundesrepublik Deutschland abgesicherte Daten über die zu Hause lebenden Pflegebedürftigen sowie über Umfang und Struktur des Hilfs- und Pflegebedarfs vor. Der Anteil der Pflegebedürftigen ist in den alten und neuen Bundesländern in etwa gleich hoch. Regelmäßigen Pflegebedarf im Sinne von mindestens mehrfach wöchentlichem Bedarf an Hilfe bei körperbezogenen Tätigkeiten haben danach 1 123 000 Personen oder 1,4 v.H. der Bevölkerung, darunter

- ständigen Pflegebedarf 190 000 (0,2 v.H.),
- täglichen Pflegebedarf 468 000 (0,6 v.H.) und
- mehrfach wöchentlich Pflegebedarf 465 000 (0,6 v.H.).

Neben dem Personenkreis mit regelmäßigem Pflegebedarf gibt es weitere 1 262 000 Personen mit gewissen Einschränkungen, die jedoch nach Art und Umfang der benötigten Hilfe nicht als erheblich pflegebedürftig eingestuft werden.

Pflegebedarf hängt eng mit dem Alter zusammen. In den Altersgruppen unter 65 Jahren bewegt sich der Anteil der Personen mit Pflegebedarf zwischen 0,4 v.H. und 0,6 v.H.; danach steigt er an und beläuft sich

- für 65- bis 69jährige auf 1,7 v.H.,
- für 70- bis 74jährige auf 3,2 v.H.,
- für 75- bis 79jährige auf 6,2 v.H.,
- für 80- bis 84jährige auf 10,7 v.H. und
- für 85jährige und ältere auf 26,3 v.H.

Von allen Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf sind 71 v.H. 65 Jahre und älter; die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind gering. 33 v.H. der Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf leben in Einpersonenhaushalten; bei Personen mit täglichem Pflegebedarf sind es 13 v.H., bei Personen mit ständigem Pflegebedarf 4 v.H.

Personen mit ständigem Pflegebedarf sind bei den wichtigsten körperbezogenen Basisaktivitäten weitgehend hilflos; so sind für 98 v.H. das tägliche Waschen, für 97 v.H. Verlassen des Bettes ohne fremde Hilfe nicht mehr ausführbar. Bei Personen mit täglichem Pflegebedarf können sich 58 v.H. nicht mehr alleine waschen, 32 v.H. sich nicht mehr kämmen oder rasieren und 30 v.H. sich nicht mehr an- und ausziehen; 32 v.H. haben kontinuierlichen Betreuungs- oder Aufsichtsbedarf. Bei mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf ist zu 40 v.H. das Duschen und Waschen und zu 49 v.H. das Treppensteigen und das Verlassen der Wohnung allein ohne Hilfe nicht möglich.

Personen mit ständigem Pflegebedarf sind faktisch hilflos in allen Bereichen der hauswirtschaftlichen Verrichtungen. Bei dieser Gruppe sind die Einschränkungen so elementar, daß in 97 bis 99 v.H. und damit fast allen Fällen keine Eigenleistung in diesem Bereich mehr möglich ist. Auch Personen mit täglichem Pflegebedarf können sich nicht ohne fremde Hilfe im Haushalt selbst versorgen; 77 v.H. können sich keine Mahlzeiten zubereiten, 90 v.H. keine Le-

bensmittel einkaufen und 86 v.H. ihre Wohnung nicht säubern. Personen mit mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf können hingegen zu 49 v.H. noch Eigenleistungen in der Küche erbringen; 75 v.H. aus dieser Gruppe können aber ebenfalls nicht alleine die Wohnung säubern.

13.16

Zur **Förderung der Ehrenamtlichkeit im Betreuungswesen** wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit empirisch Rahmenbedingungen für das Tätigwerden ehrenamtlicher Vormünder und Pfleger von Volljährigen untersucht. Die Ergebnisse zeigen, daß im früheren Vormundschafts- und Pflegschaftswesen auf vielen Feldern der Praxis große Defizite zu verzeichnen waren. Sie und die aus ihnen abzuleitenden Empfehlungen bilden den Bezugsrahmen für die vom Bundesministerium für Familie und Senioren finanzierten **Modellmaßnahmen zur Förderung der Ehrenamtlichkeit im Betreuungswesen**. Diese Maßnahmen zielen darauf ab,

- Kompetenz und Qualifikation der ehrenamtlichen Betreuer, vor allem durch qualifizierte Angebote eines Beratungsdienstes und durch den Aufbau von Schulungsprogrammen zu verbessern,
- infrastrukturelle und organisatorische Initiativen auf kommunaler Ebene anzuregen und zu fördern (z. B. Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen),
- Möglichkeiten und Grenzen bei der Mobilisierung neuer Betreuer zu untersuchen oder aufzuzeigen,
- Kenntnisse darüber zu gewinnen, welche Voraussetzungen in der Person der ehrenamtlichen Betreuer gegeben sein müssen, um die Betreuung kompetent und qualifiziert ausüben zu können,
- zu überprüfen, welche Mitwirkungsmöglichkeiten in verschiedenen örtlichen und überörtlichen Gremien für die im Betreuungswesen tätigen professionellen und nicht professionellen Dienste gegeben sind.

Das Projekt begann im Oktober 1991 und soll insgesamt 3,5 Jahre laufen. In ihm konnten bereits erste Erfahrungen gemacht werden:

- Für eine gezielte Unterstützung vor allem ehrenamtlicher Betreuer ist die örtliche Kooperation der verschiedenen Beratungs- und Behindertendienste mit den Gerichten und vormundschaftsgerichtlichen Abteilungen von zentraler Bedeutung. Die Qualität dieses Kontaktes ist mitentscheidend für die Lösung einer Reihe zum Teil sehr schwieriger Fragen, z.B. Auswahl geeigneter Betreuer. Außerdem können Betreuer über die Gerichte über die Angebote von Beratungs- und Betreuungsdiensten informiert werden.
- Für die Werbung von Betreuern sind professionelle Methoden des „Nonprofit-Marketing“ hilfreich; hierfür müssen Haushaltsmittel zur Verfügung stehen.

- Informationsveranstaltungen zur Werbung neuer Betreuer sind dann besonders erfolgreich, wenn bereits ehrenamtlich tätige Betreuer Gelegenheit haben, über ihre Tätigkeit zu berichten.
- Die Angebote der Beratungsstelle werden vor allem genutzt, wenn neben einer allgemeinen Beratung auch konkrete Unterstützungsleistungen, z. B. Mithilfe bei der Vermögensaufstellung oder Unterstützung bei Wohnungsaufösungen, angeboten werden; sie unterstützen die Bereitschaft, ehrenamtlich tätig zu werden.
- In den neuen Bundesländern ist die Bereitschaft zur Übernahme ehrenamtlicher Betreuung bisher sehr gering.

13.17

Bei der **Forschung im Bereich der beruflichen Rehabilitation** steht nach wie vor die Zielsetzung im Vordergrund, Rehabilitationsleistungen und -einrichtungen im Blick auf die sich wandelnden Anforderungen des Arbeitsmarktes zeitgerecht fortzuentwickeln. Ihre Aufgabe kann folglich nicht sein, Grundlagen oder grundsätzliche Zielsetzungen bei der Eingliederung Behinderter ins Arbeitsleben noch einmal gedanklich nachzuzeichnen oder aber grundsätzlich in Frage zu stellen. Vielmehr sind diese Forschungsarbeiten darauf ausgerichtet, den Prozeß der Fortentwicklung einmal kritisch zu analysieren, zum anderen durch diese Analyse sowie durch darauf aufbauende Vorschläge die Fortentwicklung zu beeinflussen, daß sie den grundsätzlichen und aktuellen Zielsetzungen der beruflichen Eingliederung Behinderter möglichst gerecht wird. Rehabilitationsforschung wird aus dieser Sicht weniger als kategorien- oder methodenbestimmendes Feld mit „Eigenleben“, vielmehr als objekt- und zielorientierte Dienstleistung verstanden.

Ein Schwerpunkt betrifft das Arbeitsleben selbst in bezug auf die Bedingungen, Anforderungen und Chancen, die es für die Eingliederung Behinderter bietet; den anderen Ansatzpunkt bilden die besonderen Maßnahmen und Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation, in denen sich das „know how“ zur Eingliederung Behinderter ins Berufs- und Arbeitsleben konzentriert und in denen folglich auch Probleme und Fortentwicklungsnotwendigkeiten in konzentrierter Form sichtbar werden. Selbstverständlich sind diese beiden Schwerpunkte nicht unabhängig voneinander, sondern hängen miteinander zusammen. Denn nur immer wieder neue Pionierarbeit im Bereich der beruflichen Rehabilitation sichert die Chancen Behinderter auf gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben; andererseits müssen Maßnahmen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sich immer wieder inhaltlich an der Zielsetzung orientieren, Behinderte an der Wertschöpfung in unserer Gesellschaft unter den dafür tatsächlich bestehenden Bedingungen teilhaben zu lassen.

13.18

Ein Schlüsselprojekt für den Bereich der beruflichen Eingliederung Behinderter war in den letzten Jahren ein Forschungsprojekt zur **Didaktik der Mikroelektronik und Zugangserleichterungen für Lernbeeinträchtigte**, das im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung von einigen Berufsbildungswerken, vor allem der Einrichtung in Lingen, praxisorientiert durchgeführt wurde. Die berufliche Bildung dieses Personenkreises ist noch relativ unvorbereitet auf die Herausforderungen durch die neuen Informationstechnologien, und bisher ist nur in Ansätzen gelungen, Lernbeeinträchtigte die neuen Informationstechnologien als „Kulturtechniken“ sowie als beruflich verwertbare Basisqualifikation verfügbar zu machen. Um dies Ziel zu erreichen, müssen die Ausbildungs- und Förderpläne gezielt verändert und fortentwickelt werden, denn die rehabilitative Berufsbildung soll Lernbeeinträchtigte derart qualifizieren, daß sie in einer computerisierten Arbeitswelt zurechtkommen und sich ihre Vermittlungschancen im Vergleich zu Nichtbehinderten nicht weiter verschlechtern.

Entsprechend diesen Zielen war in dem Vorhaben eine Didaktik der Mikroelektronik zu entwickeln, deren inhaltliche Vorgaben und methodische Vermittlungsformen abgestimmt sind auf behinderungs- und berufsspezifische Bedürfnisse der zu rehabilitierenden Lernbeeinträchtigten. In der ersten Phase des Vorhabens wurde der Stand der Entwicklung evaluiert und dabei festgestellt, daß die neuen Informationstechnologien in den Berufsbildungswerken fast ausschließlich im Bereich der berufsqualifizierenden Fachbildung eingesetzt werden, kaum jedoch als Lehr-Lern-Medium. In der zweiten Projektphase wurde daraufhin ein Gesamtkonzept für eine „Berufsqualifizierende Informationstechnologische Grundausbildung (BIG)“ entwickelt mit den drei Säulen,

- den PC als multifunktionales Werkzeug kennenzulernen und anzuwenden,
- berufsspezifische Einsatzbereiche neuer Informations- und Kommunikationstechnologien kennenzulernen und anzuwenden sowie
- den PC als Lehr-Lern-Medium kennenzulernen und anzuwenden.

Mit den für diese Zwecke erarbeiteten Materialien wurde in einer dritten Projektphase ein Qualifizierungskonzept entwickelt, das auch die Besonderheiten der Ausbildung in Berufsbildungswerken berücksichtigt. Da Ausbilder, Berufsschullehrer, Medienexperten sowie Stütz- und Förderlehrer in Berufsbildungswerken immer wieder für ihre speziellen Aufgaben die auf dem Markt befindlichen Lehr-Lern-Materialien nicht übernehmen können, wurde ein Trainingskonzept zur Materialüberarbeitung und -erstellung entwickelt und evaluiert. Auch wurde als Prototyp eine Lern- und Übungssoftwaredatenbank erstellt, um die Materialsuche zu erleichtern. Der Abschlußbericht enthält einige Veränderungsvorschläge für eine intensivere Nutzung computerunterstütz-

ten Lehrens und Lernens und damit für eine mögliche Lernverdichtung.

13.19

Zur Früherziehung sowie zur vorschulischen und schulischen Sozialisation gehörloser Kinder und entsprechenden Elternarbeit hat das Bundesministerium für Familie und Senioren über mehr als zehn Jahre hinweg mehrere Forschungs- und Praxisarbeiten gefördert, in denen der **Einsatz von Gebärden** und Gebärdensprache abgeklärt, entwickelt und erprobt wurden. Nach Abschluß der Projekte liegt eine Vielzahl von Materialien vor, mit deren Hilfe die Kommunikation zwischen gehörlosen und hörenden Menschen erheblich verbessert werden kann, unter anderem Handbücher für Eltern und Videokurse. Aufgrund dieser Arbeiten wird — ähnlich wie in anderen westlichen Ländern — ein zweisprachiges Erziehungs- und Bildungskonzept angestrebt, in dem sowohl die Lautsprache als auch die Gebärdensprache angemessene Berücksichtigung finden und das die Gesamtentwicklung gehörloser Kinder sowie ihre Lern- und Ausbildungsprozesse verbessert. Allerdings steht eine entsprechende Weiterbildung des Lehrpersonals und die Ausbildung gehörloser Lehrpersonen noch weitgehend aus. Daher wird seit 1992 an der Universität Hamburg ein vom Bund mitfinanzierter Modellversuch durchgeführt, in dem integrative Studienmöglichkeiten für Gehörlose entwickelt, ein Studiengang zur Gebärdensprache und Kultur Gehörloser erprobt sowie eine Diplombolmscherausbildung für Gebärdensprache entwickelt und durchgeführt werden.

Zur Entwicklung neuer Methoden und Lernmaterialien für die **berufliche Förderung Gehörloser** am Beispiel der Computertechnologie wurde — ebenfalls an der Universität Hamburg — ein Vorhaben abgeschlossen, in dessen Rahmen auf der Grundlage lautsprachbegleitender Gebärden erarbeitet wurden

- ein Handbuch der wichtigsten Begriffe aus der Computertechnologie mit Schwerpunkt PC nebst Erläuterung in einfacher Sprache und Abbildung der Gebärdenzeichen,
- ein Computergebärdenlexikon mit bewegten Bildern, das im Handbuch aufgeführte Begriffe erläutert, und
- ein Video-Gebärdenkurs als programmiertes Lernprogramm zum Erwerb grundlegender Gebärdenfähigkeit und der speziellen Gebärdenzeichen zur Computertechnologie mit integrierter Vermittlung von fachspezifischem Wissen.

Wegen der spezifischen Thematik wird die Veröffentlichung durch einen Fachverlag erfolgen, der auch die weitere Aktualisierung und Pflege der Materialien übernehmen wird. In einem Anschlußprojekt wird in Fortführung der bisherigen Arbeiten ein weiteres Fachgebärdenlexikon entwickelt und erstellt, und zwar für den Bereich Psychologie, der nicht nur für die Kommunikation und Therapie Gehörloser, sondern auch als Berufsfeld wachsende Bedeutung bekommt.

13.20

Zwei weitere Projekte befassen sich mit der **Fortentwicklung berufssprachlicher Fähigkeiten Hörgeschädigter** sowie einem **beruflichen Qualifikationskonzept für Hörgeschädigte im Berufsfeld Metall bei Einsatz von Mikroelektronik**. Im Rahmen des zuletzt genannten Projekts wurden die ersten hörgeschädigtenspezifisch formulierten und in der Praxis der Fort- und Ausbildung evaluierten „Materialien zur beruflichen Qualifikation“ entwickelt, die in gedruckter Form und auf Diskette vorliegen. Für die berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung von Menschen, denen der Umgang mit der deutschen Sprache Schwierigkeiten macht, wurden für die Berufe, in denen der Computer ein wichtiges Arbeitsmittel ist, sprachlich und formal umstrukturierte Materialien entwickelt, die eine leichtere Einführung in Grundverständnis und Grundlagenwissen der Datenverarbeitung vermitteln sollen. Diese Materialien werden wegen der spezifischen Thematik in einem Fachverlag für Unterrichtsmaterialien verlegt.

Ein weiteres Projekt bezieht sich auf **sonderformulierte Prüftexte für Hör- und Sprachbehinderte**; es soll zur Verbesserung der Prüfungschancen und -ergebnisse und damit zur Sicherstellung der beruflichen Erstqualifikation für diese Behindertengruppe beitragen. In einem Pilotprojekt, in dem Prüftexte entsprechend dem sprachlichen Verständnishorizont der Prüflinge eingesetzt wurden, gingen die textbezogenen Nachfragen der Auszubildenden deutlich zurück, so daß es den hörgeschädigten Prüflingen wesentlich leichter wurde, ihr Fachwissen zu demonstrieren. Ziel des laufenden Forschungsvorhabens ist die Entwicklung eines vollständigen Pools von Prüfungsaufgaben, aus dem eine zufallsgesteuerte Auswahl möglich ist. Schon jetzt besteht die Möglichkeit,

- einzelnen Fachrichtungen Übungsmaterialien für die Ausbildungszeit zur Verfügung zu stellen,
- für einzelne Fachrichtungen fachbegriffliche Lexika zu entwickeln und
- die schon erarbeiteten Zwischenergebnisse zu nutzen.

13.21

Die **Wirkungsweise des Schwerbehindertengesetzes** — Vollzugsdefizite und Verbesserungsvorschläge — war Gegenstand einer weiteren Untersuchung, mit der eine Bestandsaufnahme durchgeführt und konkrete Handlungsansätze zur verstärkten Eingliederung Schwerbehinderter entwickelt werden sollten. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, daß die Instrumente des Schwerbehindertengesetzes ausreichen, um Schwerbehinderten zu einer dauerhaften Beschäftigung zu verhelfen, die Mechanismen zu deren Umsetzung jedoch verbesserungswürdig sind. Mit zunehmender Betriebsgröße sinkt der Anteil extern rekrutierter Schwerbehinderter an den Beschäftigten, weil die Lohnkostensubventionen für Kleinbetriebe bedeutsamer und in größeren Betrieben die „Einstiegsarbeitsplätze“ tendenziell jüngeren Ar-

beitnehmern mit Karriereaussichten vorbehalten sind; daher ist erforderlich, für Schwerbehinderte das bislang weitgehend ungenutzte Potential an einstellungsbereiten und -willigen kleineren Betrieben zu erschließen. Darüber hinaus ergaben die Ergebnisse der Betriebsbefragung, daß die von den Arbeitsämtern und Hauptfürsorgestellen angebotenen Hilfen und Fördermöglichkeiten einem Großteil der Betriebe unbekannt sind und von diesen nicht in Anspruch genommen werden.

13.22

In dem Modellprojekt **Verbesserung der Eingliederungschancen von älteren langzeitarbeitslosen Schwerbehinderten** wurden die Ursachen und Gründe der Arbeitslosigkeit dieses Personenkreises ermittelt; der Projektbericht stellt die Ergebnisse der Untersuchung und eines Praxisversuchs dar, in dem neue Wege berufsbezogener Förderung erprobt wurden. Die ursprüngliche Erwartung, zumindest einzelne ältere langzeitarbeitslose Schwerbehinderte seien für weiterführende berufliche Qualifizierungen geeignet und zu ihnen bereit, hat sich innerhalb des Projekts als nicht zutreffend erwiesen, da die Qualifizierungsmöglichkeiten dieses Personenkreises schon hinreichend geprüft und weitgehend ausgeschöpft waren. Angebote wie der durchgeführte Orientierungskurs und gezielte Ansprache sind jedoch grundsätzlich geeignet, die im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten der Wiedereingliederung auch für diesen Personenkreis zu nutzen.

13.23

In einer Untersuchung zur **Beschäftigung und beruflichen Rehabilitation von psychisch Behinderten in Selbsthilfefirmen** wurden Umfang und Bedeutung dieser Angebote eingehend analysiert. Außer dauerhaften, tariflich entlohten Beschäftigungsverhältnissen finden psychisch Behinderte hier betriebliche Betreuung, integratives Betriebsklima, Zusammenarbeit mit Nichtbehinderten und damit soziale Unterstützung sowie flexible, auf den gesundheitlichen Zustand abgestimmte Arbeitsanforderungen; dies gibt einen „schützenden Rahmen“, der zur Kompensation gesundheitlicher Beeinträchtigungen beiträgt. Diese Rahmenbedingungen begünstigen den Erwerb beruflicher Fähigkeiten selbst für Behinderte, deren bisheriger Weg durch Lernschwierigkeiten und berufliche Abbrüche gekennzeichnet ist. Neben den dauerhaften Beschäftigungsangeboten von Selbsthilfefirmen sind ihre rehabilitativen Funktionen bisher oft übersehen worden; fast vier von fünf Selbsthilfefirmen sind auch Stätte beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Angesichts der in der Bundesrepublik Deutschland recht hohen Zahl von Frührenten wegen psychischer Behinderung, von denen 76 v.H. ohne vorausgegangene Rehabilitationsbemühungen zustande kommen, ist es eine Herausforderung für die Zukunft, diese rehabilitative Funktion der Selbsthilfefirmen systematischer zu nutzen und weiter auszubauen, zumal die Selbsthilfefirmen wie

kaum eine andere Institution der Rehabilitation dem Prinzip der Wohnortnähe entsprechen.

13.24

Eine bereits 1984 abgeschlossene Studie befaßte sich mit den Problemen bei der **Eingliederung Behinderter, insbesondere Schwerbehinderter, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt**. Neben einer Reihe von Erkenntnissen, die speziell die Wirkungen und Nebenwirkungen des Schwerbehindertengesetzes analysieren, wurde dabei die Wichtigkeit der Aufgabe herausgestellt, für Behinderten nicht nur irgendeinen, sondern den konkret geeigneten Arbeitsplatz zu finden, auf dem sich ihre Behinderung möglichst wenig hindernd auswirkt und auf dem sie ihre individuelle Leistungsfähigkeit am besten entfalten können.

Diese Zielsetzung ist auch der Ausgangspunkt für die Erstellung eines bereichsübergreifend verwendbaren Merkmalkatalogs als Voraussetzung für die Entwicklung eines Verfahrens zur **behinderungsbezogenen Beschreibung von Arbeitsanforderungen**. In dem Projekt arbeiten Arbeitswissenschaftler, Arbeitsmediziner und Psychologen zusammen; es soll dazu beitragen, daß Arbeitsanforderungen konkreter Arbeitsplätze mit dem Leistungsvermögen der für diese Arbeitsplätze in Betracht kommenden Behinderten abgeglichen werden können, und die vielfältigen hierzu bereits vorliegenden und teilweise auch erprobten Ansätze zusammen- und fortführen. Der inzwischen vorliegende, modular strukturierte Merkmalkatalog geht aus von den Merkmalkomplexen

- Körperhaltung,
- Körperfortbewegung,
- Körperteilbewegung,
- Informationsaufnahme,
- komplexe physische Merkmale,
- Umgebungseinflüsse,
- Arbeitssicherheit,
- Arbeitsorganisation sowie
- psychische Merkmale

und ermöglicht es, Tätigkeitsanforderungen und Arbeitsfähigkeit nach einheitlichen Kriterien umfassend und, soweit nötig, auch differenziert zu beschreiben; ein Vergleich von Fähigkeiten und Anforderungen führt dann zu einer behinderungsbezogenen Beurteilung des Arbeitsplatzes, gegebenenfalls auch zu Hinweisen auf noch benötigte Arbeitsplatzausstattungen und Trainingsmaßnahmen. Derzeit werden die erstellten Materialien erprobt und auf der Ebene des Europarats mit ähnlichen Ansätzen anderer Länder abgeglichen.

13.25

Ein Modellversuch zur **Einführung maschinenlesbarer Literatur in die berufliche Rehabilitation Blinder**

und Sehbehinderter ist eines von mehreren Projekten, die für diesen Personenkreis den Zugang zu neuen Kommunikationsstrukturen und -mitteln erschließen sollen, weil eine vollwertige Eingliederung ins Arbeitsleben nur über eine vollwertige Teilhabe an der dort üblichen Kommunikation möglich ist. Das Projekt zielt darauf ab, die Benutzeroberfläche maschinenlesbarer Literatur so zu gestalten, daß Blinde und Sehbehinderte Zugriff auf große Textmengen erhalten und insbesondere Nachschlagewerke sowie technische und juristische Literatur als technisches Hilfsmittel nutzen können.

Nach der deutschen Einigung entstand in den neuen Bundesländern ein dringender Bedarf an der beruflichen Weiterbildung der dortigen Juristen, da die juristische Ausbildung in der früheren DDR nicht der in der Bundesrepublik Deutschland entsprach. Ein entsprechendes Weiterbildungsangebot der Fernuniversität Hagen war Blinden und Sehgeschädigten verschlossen, solange Studienbriefe als wichtigstes Lehrmedium der Fernuniversität lediglich in Schwarzdruck vorlagen. Um dem Mangel abzuhelfen, hat die Fernuniversität mit finanzieller Unterstützung des Bundes die Kurse des Weiterbildungsangebots für blinde und sehgeschädigte Juristen aufbereitet; sie werden jeweils angeboten

- in gedruckter Punktchrift (Braille),
- auf Tonkassetten und
- auf Disketten, die den Lehrtext in Blindenkurzschrift enthalten.

13.26

Im Forschungsprogramm **„Arbeit und Technik“** der Bundesministerien für Forschung und Technologie sowie für Arbeit und Sozialordnung sind Belange Behinderter von vornherein berücksichtigt worden. Im Zentrum von Forschung und Entwicklung standen Fragen zur Eingliederung von Behinderten in betriebliche Abläufe. Hierzu wurden in verschiedenen Branchenprojekten sowohl durch technische wie durch organisatorische Maßnahmen besondere Modellarbeitsplätze geschaffen; es wurden die Entwicklung und Erprobung von Qualifizierungsbausteinen gefördert, in denen allgemein vorhandenes Arbeitsgestaltungswissen im Hinblick auf die Gestaltung von Arbeitsplätzen für Behinderte ausgewertet und aufbereitet wurde. Auch wurde ein Vorhaben durchgeführt, in dem exemplarisch die Nutzung der Ergebnisse der Humanisierungsforschung zur beruflichen Integration Schwerbehinderter im Tätigkeitsbereich einer Hauptfürsorgestelle entwickelt und demonstriert wurde.

Über die **Ausbildungs- und Arbeitsplatzsituation mehrfachbehinderter Jugendlicher** wurde eine Untersuchung im Berufsbildungswerk Mosbach und in 30 Betrieben durchgeführt. Die in anerkannten Ausbildungsberufen — teilweise mit geringen Abweichungen — Ausgebildeten verfügen nach Abschluß ihrer Lehre über solide handwerkliche Fähigkeiten, die die Betriebe häufig nicht ausschöpfen; dagegen werden die Absolventen an ihrem späteren Arbeits-

platz oft körperlich zu stark gefordert. Aus den Ergebnissen der o. g. Untersuchung wurde ein Informationsblatt erstellt, das sich an Betriebe wendet, die bereits die Einstellung von Absolventen eines Berufsbildungswerks planen oder bereits beschäftigen; es soll Hinweise zum Einsatz von Absolventen der Berufsbildungswerke geben.

13.27

Das Programm **„Arbeit und Technik“** greift verstärkt Forschungsfragen zur **Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz** auf. Dabei wird es auch darum gehen, durch vorbeugende Gestaltungsmaßnahmen dem Entstehen neuer Behinderungen in der Arbeitswelt vorzubeugen. Angesichts der demographischen Entwicklung wird sich die Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten in Richtung eines höheren Durchschnittsalters verschieben. Um den Folgen dieser Entwicklung vorzubeugen, gilt es schon heute, Arbeit und Technik so zu gestalten, daß die Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen möglichst lange erhalten bleibt; zugleich müssen Arbeitsaufgaben und Arbeitsplätze so konzipiert werden, daß sie auch von älteren und behinderten Mitarbeitern ausgefüllt werden können.

13.28

Mit der **Entwicklung einer Marketing-Konzeption der Werkstätten für Behinderte** befaßte sich ein Vorhaben, dessen Ergebnisse erhebliche Defizite der Werkstätten im Marketing belegen; wegen der begrenzten organisatorischen Möglichkeiten, aber auch wegen offensichtlich noch vorhandener Vorurteile in der Bevölkerung haben die Werkstätten Schwierigkeiten im Wettbewerb mit erwerbswirtschaftlichen Unternehmen. Um die vorhandenen Möglichkeiten besser zu nutzen, gibt der Forschungsbericht den Werkstätten Handlungs- und Strategieempfehlungen, auf deren Grundlage die einzelne Werkstatt ihre spezifische, situationsgerechte Marketing-Strategie entwickeln kann und muß.

In der Untersuchung wurde unter anderem festgestellt, daß **Werkstätten für Behinderte als Lieferanten der öffentlichen Hand** kaum eine Rolle spielen, obwohl öffentliche Arbeitgeber ihrer Pflicht zur Beschäftigung Schwerbehinderter oft nicht nachkommen und deshalb Ausgleichsabgabe bezahlen müssen. In einer weiteren Untersuchung wurden daher die Leistungsbeziehungen zwischen öffentlicher Hand und den Werkstätten für Behinderte detaillierter untersucht. Der inzwischen vorliegende Untersuchungsbericht stellt die wesentlichen Befunde dar und leitet Konsequenzen für die Werkstätten für Behinderte ab. Zusätzlich gibt er praktische Handlungsanleitungen für Entscheidungsträger in den Werkstätten, wie aktives Marketing gegenüber der öffentlichen Hand gestaltet werden soll, und will damit zu praktischem Handeln in den Werkstätten für Behinderte anregen.

13.29

Um zeitgemäße Möglichkeiten von Information und Dokumentation für die Eingliederung Behinderter ins Arbeitsleben zu fördern, hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung das Institut der deutschen Wirtschaft, Köln, mit dem Aufbau einer **Datenbank „REHADAT“** beauftragt. Das Vorhaben zielt darauf ab, in einer Datenbank Informationen zur Integration der Behinderten in die Arbeitswelt zu sammeln, aufzubereiten und allen Interessierten zur Verfügung zu stellen.

Inhaltlich umfaßt die Datenbank

- Praxisbeispiele gelungener beruflicher Eingliederung,
- technische Arbeitshilfen,
- Literatur,
- Einrichtungen der Rehabilitation,
- Gesetze und Rechtsprechung,
- Adressen,
- Medien und
- Seminare.

Da „technische Arbeitshilfen“ teilweise generell Hilfsmittel für Behinderte sind, wurde die Datenbank in der Weise erweitert, daß dort auch die nicht für das Arbeitsleben benötigten technischen Hilfen erfaßt werden; hierbei wird auf bereits bestehende Dokumentationen anderer Stellen zurückgegriffen.

Zielgruppe der Datenbank sind sowohl die Behinderten selbst als auch alle Organisationen und Einrichtungen, die sich mit der Eingliederung Behinderter ins Arbeitsleben befassen; dazu zählen auch die technischen Berater der Hauptfürsorgestellen und der Bundesanstalt für Arbeit. Entsprechend der unterschiedlichen Nutzerintensität bietet die Datenbank als unterschiedliche Zugriffsmöglichkeiten

- Bezug der Datenbank auf CD-ROM, die kostenlos an die Nutzer ausgehändigt wird,
- Zugriff durch telefonische oder schriftliche Anfrage oder
- Online-Zugriff bei entsprechenden technischen Voraussetzungen.

Die Erfahrungen beim Aufbau des Datenbanksystems haben die Notwendigkeit gezeigt, die Datenbank auf verschiedenen Arbeitsfeldern weiterzuentwickeln, und zwar durch

- Komplettierung und Aktualisierung der bereits vorhandenen Informationssammlungen,
- Präsentation der Nutzungsmöglichkeiten sowie Schulung und Betreuung von Benutzern,
- Erweiterung der Zugriffsmöglichkeiten und
- Aufbau neuer Informationssammlungen, z. B. zu freien Plätzen in Berufsförderungswerken, zum Liefer- und Leistungsangebot der Werkstätten für Behinderte sowie — in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation —

zu abgeschlossenen und laufenden Forschungsvorhaben im Bereich der Rehabilitation und Eingliederung Behinderter.

14. Weiterentwicklung des Rechts zur Eingliederung Behinderter

14.1

Das „**soziale Recht**“ auf Hilfen zur Eingliederung, wie es in § 10 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch normiert ist, muß unter sich wandelnden Bedingungen umfassend umgesetzt werden, und die Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Teilnahme behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft sind stetig weiter zu verbessern; dazu bedarf das Recht zur Eingliederung Behinderter einer ständigen Überprüfung auf seine Wirksamkeit und ist, wo immer notwendig, entsprechend diesen Zielsetzungen fortzuentwickeln.

14.2

Die Rechtsstellung von volljährigen Behinderten ist insbesondere durch das am 1. Januar 1992 in Kraft getretene **Betreuungsgesetz** verbessert worden. Dieses Gesetz hat die vielfach als diskriminierend empfundene Entmündigung beseitigt und die veralteten Rechtsinstitute der Vormundschaft über Volljährige und Gebrechlichkeitspflegschaft durch ein flexibel ausgestaltetes Instrument der persönlichen Betreuung in rechtlichen Angelegenheiten ersetzt, das es ermöglicht, für die verschiedenen Arten und Schweregrade der Krankheiten oder Behinderungen zu jeweils angemessenen Ergebnissen zu führen. Eine Betreuung darf nur dann angeordnet werden, wenn dies aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung tatsächlich erforderlich ist, um die Angelegenheiten des Behinderten zu besorgen; sie ist daher bei Bestehen anderer Hilfsmöglichkeiten unzulässig.

Im Mittelpunkt des Betreuungsgesetzes steht die Stärkung der Personensorge. Das Gesetz verfolgt das Ziel, die persönlichen Rechte zu stärken, das Wohl der Betreuten und ihre Wünsche und Bedürfnisse so weit wie möglich zu berücksichtigen, durch rehabilitative Leistungen und Hilfen Selbständigkeit und Handlungsspielräume wiederzuerlangen und eine ausnahmslos persönliche Betreuung vor allem durch ehrenamtliches Engagement sicherzustellen.

Entsprechend diesen Grundsätzen

- hat die Anordnung der Betreuung als solche keine Auswirkung auf die Geschäftsfähigkeit der Betreuten; eine Einschränkung der Teilnahme am Rechtsverkehr durch einen besonders anzuordnenden Einwilligungsvorbehalt kommt nur insoweit in Betracht, als dies zur Abwehr einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Betreuten erforderlich ist;

- sind das Wohl und in diesem Rahmen auch die Wünsche der Betreuten Maßgabe für das Handeln der Betreuer;
- haben die Betreuer innerhalb ihres Aufgabekreises dazu beizutragen, daß Möglichkeiten genutzt werden, die Krankheit oder Behinderung der Betreuten zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern;
- kommen schwerwiegende Eingriffe in höchstpersönliche Rechtsgüter (risikoreiche ärztliche Maßnahmen, Sterilisationen, Unterbringungen einschließlich sogenannter unterbringungsähnlicher Maßnahmen) nur unter strengen Voraussetzungen und unter alleiniger Orientierung an den Interessen der Betreuten in Betracht;
- kommt der Auswahl geeigneter Betreuer eine besondere Bedeutung zu;
- sind gerichtliche Maßnahmen spätestens nach fünf Jahren zu überprüfen.

Diese Neuregelung verbessert die Rechtsstellung psychisch Kranker und geistig oder seelisch Behinderter in entscheidender Weise und verbessert deren Möglichkeit, eigenständig und selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.

14.3

Die Umsetzung des zentralen Anliegens des Betreuungsgesetzes stellt nicht nur an die Bundesländer, die für die Ausführungsgesetzgebung zum Betreuungsgesetz sowie für die Vormundschaftsgerichtsbarkeit und deren personelle Ausstattung zuständig sind, hohe Anforderungen; sie hängt im besonderen Maße auch von dem ehrenamtlichen Engagement einer ausreichenden Zahl von Betreuern ab. Die **Umstellung der bisherigen Praxis** im Vormundschafts- und Pflegschaftswesen auf die Rahmenbedingungen des neuen Betreuungsrechts ist noch nicht überall abgeschlossen; sie bedarf insbesondere auch des Ausbaus der sozialen Infrastruktur des Betreuungswesens. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die im Gesetz vorgesehenen Betreuungsvereine, die teilweise aus bereits bestehenden Vormundschaftsvereinen hervorgegangen sind, zum Teil jedoch erst noch gegründet werden müssen. Diese Vereine übernehmen Betreuungen, bemühen sich um die Gewinnung von ehrenamtlichen Betreuern, beraten sie und bilden sie fort.

Die (Weiter-)Entwicklung eines möglichst flächendeckenden Systems von Betreuungsvereinen verläuft allerdings in manchen Regionen noch zögerlich. Das hat vielfältige Gründe. Während einige Bundesländer bereits Bestimmungen erlassen haben, die Vereine bei der Finanzierung ihrer Aufgaben über Landeszuschüsse entlasten, erscheint die Finanzierung in anderen Bundesländern noch nicht zureichend gesichert. Auch die finanzielle Einbindung von Städten und Landkreisen erscheint noch nicht überall ausreichend gewährleistet.

Das Erreichen der mit dem Betreuungsgesetz verfolgten Ziele erfordert zudem die Existenz einer ausreichenden Zahl von qualifizierten Berufsbetreuern. Die Attraktivität der hauptberuflichen Betreuertätigkeit hängt nicht zuletzt auch von der Praxis der Vergütungsbewilligung durch die Gerichte ab, die regional sehr unterschiedlich ist. Damit die durch das Betreuungsgesetz ermöglichte Verbesserung der Rechtsstellung Behinderter auch tatsächlich umgesetzt wird, bedarf es daher noch einer wesentlichen Verbesserung der organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen.

14.4

Für die **neuen Bundesländer**, in denen die ehrenamtliche Führung von Pflegschaften und Vormundschaften so, wie sie in den alten Ländern üblich war, nur ausnahmsweise vorzufinden war, bedeutet die Einführung des neuen Betreuungsrechts eine völlige Neuorientierung in einem Rechtsbereich, der zwar rein juristisch dem bisherigen Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht der alten Bundesländer sehr ähnlich war, aber in der Rechtspraxis der ehemaligen DDR deutlich anders gehandhabt und ausgelegt wurde. Die ehrenamtliche Führung von Pflegschaften oder Vormundschaften durch Vereine war gesetzlich nicht zugelassen. Für die neuen Bundesländer bedeutet die Einführung des neuen Rechts daher keine Weiterentwicklung oder den Ausbau bestehender Einrichtungen, sondern in aller Regel den Aufbau der gesamten Infrastruktur des Betreuungswesens.

Für die künftige Entwicklung des Betreuungswesens in den neuen Bundesländern wird es entscheidend darauf ankommen, dabei mitzuwirken, daß

- geeignete Einzelbetreuer gefunden werden, die im neuen Betreuungswesen ehrenamtlich tätig sein wollen,
- künftig die persönliche Betreuung der behinderten und kranken Personen im Vordergrund steht,
- Gründungen von Vereinen gefördert werden, die Betreuungen übernehmen und ehrenamtlich tätige Betreuer unterstützen, und
- kommunale Strukturen aufgebaut werden, um die Errichtung von Betreuungsämtern zu ermöglichen.

14.5

Neben der Rehabilitation hat auch der Bereich der Pflege eine besondere Bedeutung für Behinderte. **Pflegebedürftigkeit** führt heute für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu großen physischen, psychischen und finanziellen Belastungen. Einen sozialversicherungsrechtlichen Schutz wie im Fall der Krankheit gibt es trotz der zwischen Pflege und Krankheit oftmals fließenden Grenzen nicht. Die mit der Pflege verbundenen Belastungen müssen vielmehr grundsätzlich der Pflegebedürftige und seine Familie tragen. Sie sind oft so groß, daß sie die individuelle Lei-

stungsfähigkeit überfordern. Da die häusliche Pflege von den Angehörigen erhebliche persönliche Opfer, auch in finanzieller Hinsicht, verlangt, die Pflegepersonen wegen des zeitlichen Aufwandes für die Pflege auch häufig eine Erwerbstätigkeit einschränken oder aufgeben müssen und damit Einbußen bei ihrer sozialen Absicherung, nicht zuletzt in ihrer Alterssicherung erleiden, droht die Bereitschaft zur häuslichen Pflege zurückzugehen mit der Folge, daß die Pflegebedürftigen zunehmend auf stationäre Pflege angewiesen sind. Die Pflegebedürftigen und ihre Familien sind in aller Regel aber nicht in der Lage, die Kosten der stationären Pflege aufzubringen. In den alten Bundesländern müssen deshalb ca. 80 v. H. der stationär versorgten Pflegebedürftigen Sozialhilfe in Anspruch nehmen, in den neuen Ländern sind es fast 100 v. H.

Dieser hohe Anteil von Sozialhilfeempfängern bei den Pflegebedürftigen widerspricht den Grundsätzen unseres Systems der sozialen Sicherung. Die Sozialhilfe soll nur subsidiär, im Ausnahmefall, zur Behebung individueller Notlagen eintreten, wenn die übrigen Sozialleistungssysteme im Einzelfall keinen ausreichenden Schutz gewährleisten, und nicht — wie gegenwärtig bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit — zur Regelleistung werden. Die dadurch bedingten hohen und ständig steigenden Ausgaben der Sozialhilfe überfordern die Finanzkraft insbesondere der Kommunen.

Die Bundesregierung beabsichtigt daher, die **soziale Absicherung von Pflegebedürftigen** zu verbessern. Erforderlich ist ein umfassendes Konzept, das die notwendigen Hilfen für alle Pflegebedürftigen umfaßt, abgestuft nach der Schwere, aber unabhängig von Art und Ursache der Pflegebedürftigkeit. Zugleich müssen die Voraussetzungen für eine humane, qualitäts- und zuwendungsorientierte pflegerische Versorgung geschaffen werden, die dem Pflegebedürftigen eine menschliche, selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht und auf eine Stabilisierung oder Verbesserung seiner Pflegesituation gerichtet ist. Erforderlich ist auch eine Pflegeinfrastruktur, die leistungsfähig ist, wirtschaftlich arbeitet und auf die Herausforderungen der Zukunft vorbereitet ist.

Angestrebt wird, auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen zu verbessern. Ihre Bereitschaft zu einer menschlichen Pflege und Betreuung soll nicht nur durch die Bereitstellung von Geld- und Sachleistungen gefördert und unterstützt werden. Tätigkeiten im Bereich der Pflege bringen erhebliche physische und psychische Belastungen mit sich und verdienen deshalb in besonderem Maße auch gesellschaftliche Anerkennung.

Die Bundesregierung hält eine soziale, systemgerechte und sofort wirksame Lösung der Pflegeproblematik nur im Rahmen einer solidarischen Pflegeversicherung für erreichbar. Sie schlägt daher die Einführung einer eigenständigen Pflegeversicherung nach den Grundsätzen der Sozialversicherung vor. Die Durchführung soll der gesetzlichen Krankenversicherung obliegen. Der Gesetzbeschuß des Deutschen Bundestages vom 10. Dezember 1993 zum Pflege-Versicherungsgesetz enthält insbesondere folgende Eckpunkte:

- Die Leistungen gehen von den Grundsätzen „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulanz vor stationär“ aus.
- Die Pflegeversicherung erbringt Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege. Die Leistungen werden stufenweise eingeführt.
- Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten diejenigen Versicherten, die wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer — voraussichtlich für mindestens sechs Monate — in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen. Die Höhe der Versicherungsleistungen richtet sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit; sie ist in drei Pflegestufen gegliedert, die sich nach dem erforderlichen pflegerischen Aufwand unterscheiden. Die häusliche Pflegehilfe wird in Form von Sach- und Geldleistungen gewährt und umfaßt die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Im stationären Bereich werden vom 1. Juli 1996 an die pflegebedingten Kosten des Heimaufenthaltes bis zu einer im Gesetz festzulegenden Höchstgrenze übernommen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.
- Mit Schaffung der Pflegeversicherung werden nicht nur die Pflegeleistungen der Familienangehörigen und der Nachbarschaftshilfe nachhaltig unterstützt und gefördert, sondern es wird auch ein wesentlicher Beitrag geleistet, eine leistungsfähige und wirtschaftliche Pflegeinfrastruktur aufzubauen und vorzuhalten. Dabei wird auf eine Vielfalt von Leistungserbringern in freigemeinnütziger, privater und öffentlicher Trägerschaft ebenso Wert gelegt wie auf die Prinzipien des Wettbewerbs, der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsfähigkeit der Leistungserbringer sowie auf Qualität und Humanität der Pflegeleistungen.
- Die häusliche Pflege muß Vorrang vor einer stationären Unterbringung haben; dementsprechend bilden die Leistungen zur Verbesserung der häuslichen Pflege den Schwerpunkt des vorgelegten Gesetzentwurfs.
- Die Pflegeversicherung unterstreicht die Bedeutung pflegerischer Leistungen für unser sozialstaatliches Gemeinwesen. Der Pflegebereich wird aufgewertet und den anderen Bereichen unserer gesundheitlichen Versorgung mit Prävention, Akutbehandlung und Rehabilitation gleichgestellt; damit wird auch die gesellschaftliche und materielle Anerkennung der Pflegeberufe gefördert.
- Zur Unterstützung der häuslichen Pflege werden pflegende Familienangehörige in der Renten- und Unfallversicherung sozial abgesichert, so daß ihnen durch eine Pflegetätigkeit insoweit Nachteile nicht entstehen.
- Den Pflegekassen soll im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtungen der Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung der Versicherten übertragen werden.

14.6

Gewalttaten gegen behinderte Menschen stellen ohne Frage besonders verwerfliche Straftaten dar, die nachdrücklich verfolgt und bestraft werden müssen. Zur Abwehr rechtswidriger Angriffe steht behinderten Menschen — wie anderen Bürgern — das Recht zur Verteidigung gemäß den Grundsätzen der Notwehr nach § 32 Strafgesetzbuch zu; auch Dritte — beispielsweise Begleiter und Passanten — können im Rahmen der sogenannten Nothilfe rechtswidrige Angriffe abwehren und sind dabei in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Zur Verbesserung des strafrechtlichen Schutzes vor Gewalttätigkeiten beabsichtigt die Bundesregierung jedoch, die Strafrahmen für bestimmte Fälle der Körperverletzung zu verschärfen.

14.7

Zur Verbesserung der Situation behinderter Menschen wird insbesondere von Behindertenverbänden immer wieder die Forderung nach einer **Ergänzung des Grundgesetzes** um ein Diskriminierungsverbot zugunsten behinderter Menschen erhoben. Die Bundesregierung teilt die Auffassung, daß das Ziel einer gleichberechtigten Teilnahme behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft noch nicht in allen Bereichen erreicht ist. Einer Ergänzung des Artikels 3 Abs. 3 Grundgesetz in der Weise, daß „niemand wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigung benachteiligt oder bevorzugt werden“ dürfe, könnte jedoch entnommen werden, daß z. B. Sozialleistungen zur Rehabilitation, die durchweg als „besondere Hilfen“ für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen geleistet werden, in dieser Form kaum noch möglich wären. Zweifelhaft wäre auch die Zulässigkeit der nach dem Schwerbehindertengesetz bestehenden Pflichten zugunsten Schwerbehinderter.

Auch eine Ergänzung des Artikels 3 Grundgesetz mit dem Ziel, Benachteiligungen wegen einer Behinderung zu verbieten, fand in der vom Deutschen Bundestag und dem Bundesrat gebildeten Gemeinsamen Verfassungskommission nicht die erforderliche Zweidrittelmehrheit, weil ein Änderungsbedarf auf Verfassungsebene nicht gesehen wurde. Die Rechte behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sind bereits durch das Sozialstaatsprinzip abgesichert; bei den geltendgemachten Benachteiligungen handelt es sich um Regelungsfragen auf der Ebene der einfachen Gesetzgebung, die durch eine Änderung der Verfassung nicht ausgeräumt werden können.

14.8

Auch ein **Gleichstellungs- oder Antidiskriminierungsgesetz** zugunsten behinderter Menschen nach amerikanischem Vorbild würde nach Auffassung der Bundesregierung in der Sache kaum weiterführen. Das deutsche Rechts- und Verfassungssystem — und damit die Möglichkeiten eines Gleichstellungs-/An-

tidiskriminierungsgesetzes sowie der Bedarf hierfür — ist in vielen Punkten nicht mit der Situation in den USA vergleichbar.

- Beispielsweise besteht in Deutschland mit dem Schwerbehindertengesetz und seinen Vorläufern — in den Ansätzen seit über sieben Jahrzehnten — bereits ein nicht nur auf Gleichstellung und auf Vermeidung von Diskriminierungen, sondern — viel weitergehend — auf „Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ gerichtetes Gesetz.
- Darüber hinaus verfügt Deutschland über ein umfassendes, in sich differenziertes, aber im Ergebnis durchgängiges Rehabilitations- und Sozialleistungssystem auch und gerade für Behinderte.
- Sachverhalte, die in die Gesetzgebungszuständigkeit der Länder oder in die Selbstverwaltung z. B. der Kommunen fallen, könnten nicht durch ein Bundesgesetz geregelt werden.
- Im übrigen gingen im deutschen Rechtssystem ohnehin die konkreten Regelungen einem allgemeinen „Gleichstellungsgebot“ vor.

Eine rechtliche Verbesserung der Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Teilnahme behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft wird im Rahmen der Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts ins Sozialgesetzbuch angestrebt. Eine im Referentenentwurf für dieses Gesetzgebungsvorhaben zur Diskussion gestellte, jedoch innerhalb der Bundesregierung nicht abgestimmte Möglichkeit, die Voraussetzungen für eine gleichberechtigte Teilnahme behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft in rechtlicher Hinsicht weiter zu verbessern, ist die Normierung eines generellen Verbotes, Behinderte wegen ihrer Behinderung zu benachteiligen, wobei für manche Bereiche, in denen die unmittelbare Anwendung einer solchen Regelung nicht möglich wäre — z. B. im Bereich des öffentlichen Personenverkehrs — angemessene Übergangsvorschriften erforderlich wären.

Um behinderten Menschen eine gleichberechtigte Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, kommt es auch darauf an, konkrete Rechte und Pflichten zu formulieren und durch flankierende Maßnahmen sicherzustellen, daß vorhandene Normen auch angewandt werden. Zum Beispiel hat die seit 1990 bestehende DIN-Norm zum behindertengerechten Bauen in der Praxis bisher keine deutlich erkennbaren Folgen gezeigt. Die Bundesregierung geht daher davon aus, daß es an Stelle eines Antidiskriminierungsgesetzes wesentlich erfolgversprechender ist, in den konkreten Gesetzen für die verschiedenen Rechtsbereiche — auch über den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs hinaus — diskriminierende oder eingliederungshemmende Regelungen abzuschaffen oder zu verändern.

14.9

Bei der Weiterentwicklung des Rechts zur Eingliederung Behindertener kommt der vorgesehenen **Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts ins Sozialgesetzbuch** eine besondere Bedeu-

tung zu. Die Hilfen zur Eingliederung Behinderter und von Behinderung Bedrohter ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt wurden in den letzten Jahren zu einem durchgängigen, in sich aber recht differenzierten System sozialrechtlicher und anderer Vorschriften ausgestaltet. Dieses in der Sache durchgängige System von Leistungen und sonstigen Hilfen hat bisher jedoch keinen angemessenen Ausdruck in der rechtlichen Ausgestaltung gefunden. Vielmehr besteht neben dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz, dem Schwerbehindertengesetz und dem Bundessozialhilfegesetz eine Vielzahl ergänzender Vorschriften in anderen Gesetzen und Verordnungen, so daß Rechtsauslegung, Rechtsanwendung und Nutzung der Vorschriften durch die Betroffenen, insbesondere für die Behinderten und von Behinderung Bedrohten, erschwert sind.

Verwirrend und störend im Hinblick auf die Zielsetzung, alle Möglichkeiten der Rehabilitation zu nutzen und Behinderte und von Behinderung Bedrohte so weitgehend wie möglich einzugliedern, ist insbesondere, daß im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs

- Leistungen und Hilfen zur Eingliederung Behinderter parallel und in der Sache gleichförmig und nach gleichen Kriterien erbracht werden (z. B. Hilfsmittel, Leistungen zur Eingliederung ins Arbeitsleben), die einschlägigen Vorschriften jedoch unterschiedlich gefaßt sind,
- an den Nahtstellen der verschiedenen Leistungsbereiche und -zuständigkeiten nicht überall sachgerechte Abgrenzungs- und Verknüpfungsregelungen bestehen und
- der Standort der einschlägigen Rechtsvorschriften in den verschiedenen Leistungsbereichen die Tendenz zu isolierter Betrachtung von Teilproblemen und Teillösungen fördern kann, während für Behinderte oder von Behinderung Bedrohte die Leistungen und sonstigen Hilfen zur Eingliederung vor allem in ihrem Zusammenwirken von Bedeutung sind.

Daher ist die Forderung, das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht in übersichtlicher Form zusammenzufassen und in das Sozialgesetzbuch als weiteres Buch einzuordnen, insbesondere vom Deutschen Bundestag bereits wiederholt gestellt worden, zuletzt bei der Diskussion des Zweiten Berichts der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation am 20. Februar 1992 durch einstimmigen Beschluß zu Drucksache 12/1943. Danach soll **Ziel des Gesetzgebungsvorhabens** sein, die Behinderten besser in Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Dabei sollten insbesondere Verbesserungen bei der Zusammenarbeit der Träger und der Abstimmung der einzelnen Leistungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation sowie hinsichtlich der Ausdehnung des Anwendungsbereichs des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes auf die begleitende Hilfe erreicht werden. Den behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen sollte es erleichtert werden, ihre Rechte in Anspruch zu nehmen. Weiterhin sollte geprüft werden, auf welche Weise die Situation der Behinderten, die

in Werkstätten für Behinderte tätig sind, verbessert werden kann.

14.10

Die **Transparenz der rechtlichen Regelungen** läßt sich nach dem bereits vorliegenden Referentenentwurf zu dem Gesetzgebungsvorhaben dadurch verbessern, daß das Rehabilitationsrecht entsprechend den Grundsätzen in das Sozialgesetzbuch eingeordnet wird, die bereits in der Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Ersten Buch des Sozialgesetzbuchs festgehalten sind:

- Regelungen, die für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich sein können, nur an einer Stelle zu treffen,
- Vorschriften, die unterschiedlich sein müssen, nach denselben Gesichtspunkten anzuordnen und zu formulieren und
- durch Vereinheitlichung der Begriffe und der Abgrenzungskriterien dazu beizutragen, die Regelungen der verschiedenen Bereiche möglichst nahtlos ineinandergreifen zu lassen.

Ziel der rechtlichen Neuordnung insgesamt sollte sein,

- die Regelungen des SGB IX untereinander und mit den zusätzlichen, für die einzelnen Trägerbereiche geltenden Bestimmungen abzustimmen und
- dabei das bisherige Recht möglichst weitgehend zu bereinigen, zu vereinheitlichen und damit zu vereinfachen.

Die rechtliche Neuordnung soll außerdem darauf hinwirken, daß entsprechend den in § 10 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuchs bereichsübergreifend festgehaltenen Zielsetzungen alle gleich Betroffenen die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Eingliederung erhalten, und zwar unabhängig davon, welcher Träger für die jeweiligen Leistungen zuständig ist.

Die Kodifikation des Rechts zur Eingliederung Behinderter kann allerdings nicht das gesamte Rehabilitationsrecht erfassen. Sie muß sich zum einen auf das Bundesrecht beschränken; alle landesrechtlichen Vorschriften, z. B. das Recht der Sonderschulen, das Bauordnungsrecht, die Ausführungsgesetze zum Bundessozialhilfegesetz, die Landesblindengesetze, die Rundfunkgebührenbefreiungen usw., können nicht berücksichtigt werden; dasselbe gilt für alle kommunalrechtlichen Vorschriften.

Nicht einbezogen in die Kodifikation werden ferner Vorschriften, die sich in anderweitigen größeren Sachzusammenhängen als spezielle Regelungen für Behinderte darstellen, da eine Herauslösung aus diesen Sachzusammenhängen eher zu Verständnisschwierigkeiten führen als die Transparenz fördern würde. Dies gilt beispielsweise für steuerliche Vergünstigungen in den verschiedenen Steuergesetzen, berufsrechtliche Sonderregelungen in den Gesetzen über die Berufsausbildung oder die Ausbildungsför-

derung oder Sonderregelungen im Wohngeldbereich.

Die Einordnung des Rehabilitationsrechts muß sich somit auf die Vorschriften konzentrieren, die für die einzelnen Rehabilitationsträger gelten und entweder Rehabilitationsleistungen oder das Rehabilitationsverfahren zum Inhalt haben. Hierzu gehört auch die Eingliederungshilfe der Sozialhilfe, da die Sozialhilfeträger in der Sache auch Rehabilitationsträger sind. Die besonderen Leistungen und Hilfen zur Eingliederung Schwerbehinderter, wie sie bisher im Schwerbehindertengesetz geregelt sind, sowie die Bestimmungen über die Werkstätten für Behinderte und die Nachteilsausgleiche werden ebenfalls einbezogen und mit den übrigen Regelungen zur Eingliederung Behinderter abgestimmt.

14.11

Mit der Frage, welche **inhaltlichen Fortentwicklungen** im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens verwirklicht werden können, hat sich eine Arbeitsgruppe der Koalition befaßt, deren Aufgabe insbesondere darin bestand, eine Verständigung über Art und Inhalt möglicher Sachreformen herbeizuführen. Ansatzpunkte für derartige Reformen sind im Bereich des **Rehabilitationsrechts**

- eine Verbesserung der Zusammenarbeit der zuständigen Rehabilitationsträger und sonstigen zu beteiligenden Stellen, insbesondere an den Nahtstellen zwischen verschiedenen Leistungsbereichen,
- eine effizientere Ausgestaltung der Vorleistungsregelungen,
- eine Absicherung des Vorrangs von Rehabilitations- vor Pflegeleistungen,
- eine Absicherung der persönlichen und sozialpädagogischen Hilfen sowie psychosozialer Betreuung, soweit diese Leistungen im Einzelfall zum Erreichen oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolges erforderlich sind,

- eine Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ in allen hierfür in Betracht kommenden Sozialleistungsbereichen,
- eine Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke,
- eine Verbesserung der Möglichkeiten für Frauen, an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation teilzunehmen,
- eine Klärung der Rechtsstellung von Rehabilitanden in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken,

im Bereich des **Schwerbehindertenrechts**

- zusätzliche Verpflichtungen der öffentlichen Arbeitgeber, um ihrer besonderen Verantwortung gegenüber arbeitssuchenden Schwerbehinderten noch besser gerecht zu werden als bisher,
- eine genauere Umschreibung der Aufgaben der Hauptfürsorgestellen,
- eine Verbesserung der Rechtsstellung der Vertrauensleute der Schwerbehinderten,
- eine Erweiterung der Förderung neuer Beschäftigungsformen zwischen dem allgemeinen Arbeitsmarkt und den Werkstätten für Behinderte, insbesondere von „Selbsthilfefirmen“, aus Mitteln der Ausgleichsabgabe,
- die Formulierung eines Rechtsanspruchs auf Hilfe zur Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstätten für Behinderte für Behinderte, die zu ihrer Eingliederung auf einen Werkstattplatz angewiesen sind,
- eine Klärung der Rechtsstellung der Behinderten im Arbeitsbereich der Werkstätten für Behinderte, soweit sie nicht Arbeitnehmer sind,
- eine Regelung der Mitwirkung der Behinderten und ihrer gesetzlichen Vertreter in Angelegenheiten der Werkstätten für Behinderte sowie
- Schaffung der Voraussetzungen zur Verbesserung der Entlohnung Behinderter im Arbeitsbereich der Werkstätten für Behinderte.

