

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

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

Gliederung	Seite
1. Grundlagen	2
2. Vorsorge, Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung	11
3. Medizinische Rehabilitation	20
4. Vorschul-, Schul- und Hochschulbildung für Behinderte	40
5. Berufliche Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter	50
6. Beschäftigung Schwerbehinderter	68
7. Bauen und Wohnen für behinderte Menschen	80
8. Behindertengerechter Verkehr	90
9. Behinderung und Familie	97
10. Alter und Behinderung	105
11. Pflege	111
12. Teilhabe Behinderter am Leben der Gesellschaft insgesamt	116
13. Aus- und Fortbildung von Fachkräften	125
14. Forschung	131
15. Weiterentwicklung des Rechts zur Eingliederung Behinderter	142

1. Grundlagen

1.1

In einer 1982 gefaßten Entschließung (zu Bundestags-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“. Diese Berichte wurden im April 1984 (Bundestags-Drucksache 10/1233), im Mai 1989 (Bundestags-Drucksache 11/4455) und im März 1994 (Bundestags-Drucksache 12/7148) erstattet; die Ergebnisse seiner Beratungen hat der Deutsche Bundestag in den Entschließungen vom Dezember 1986 (zu Drucksache 10/6705), vom Februar 1992 (zu Drucksache 12/1943) und vom Juni 1994 (zu Drucksache 12/8074) zusammengefaßt.

In seiner Entschließung vom Juni 1994 forderte der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf, im vierten Bericht insbesondere auf folgende Punkte einzugehen:

- Schaffung von gleichwertigen Lebensverhältnissen für behinderte Menschen in den neuen Bundesländern,
- Entwicklung der Beschäftigung von Schwerbehinderten, insbesondere im öffentlichen Dienst des Bundes und der Länder,
- künftige Entwicklung der beruflichen Eingliederung von Behinderten, insbesondere der Gruppen der Behinderten, deren Einstellungsquote besonders niedrig ist,
- Aufbau familienentlastender Dienste,
- weitere Entwicklung der Rehabilitation für alte Menschen und den Stand der Gerontologie.

Entsprechend dem Wunsch des Deutschen Bundestages enthält dieser Bericht keine Bezugnahmen auf die 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 von dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand abweichenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Diese Begriffsbestimmung lehnt sich an den dreistufig aufgebauten Behindertenbegriff der Weltgesundheitsorganisation (Schaden/impairment – funktionelle Einschränkung/disability – soziale Beeinträchtigung/handicap) 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 solchen allgemeinen Begriffsbestimmung der Behinderung aus, stellt jedoch zusätzlich auf eine besondere Schwere der Behinderung ab. Nach diesem Gesetz, das seit 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 – 1996 in überarbeiteter Fassung – herausgegebenen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit 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

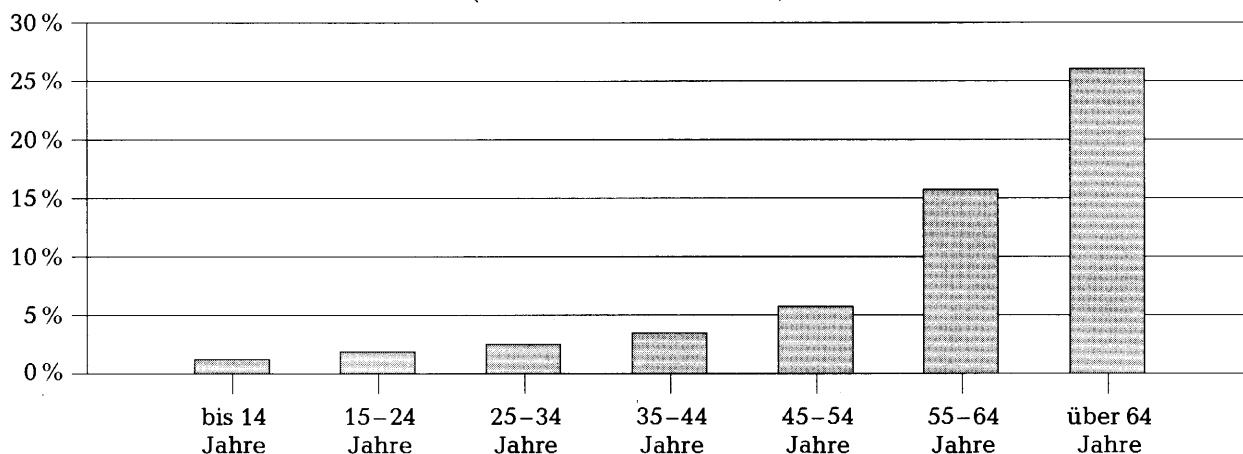
- 924 290 in Betrieben und Dienststellen beschäftigte Schwerbehinderte (Stand Oktober 1995),
- 195 433 arbeitslose Schwerbehinderte (davon 162 769 im Bundesgebiet West und 32 664 im Bundesgebiet Ost; Stand jeweils November 1997),
- rund 155 000 in Werkstätten für Behinderte geförderte oder beschäftigte Behinderte,
- etwa 5,22 Mio nicht im Arbeitsleben stehende Schwerbehinderte (Stand Oktober 1997), 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.

Anteil Schwerbehinderter an den Altersgruppen der Bevölkerung

(Stand: 31. Dezember 1995)



Insgesamt ist darauf hinzuweisen, daß diese und andere begriffliche Abgrenzungen nicht als gedankliche und soziale Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen wirken dürfen, sondern – nach **vorrangiger Betrachtung ihrer Fähigkeiten** – 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, für alle Behinderten und ihre Angehörigen „ein Leben so normal wie möglich“ anzustreben.

1.4

Das **Grundgesetz** für die Bundesrepublik Deutschland sichert allen Menschen unabhängig von Ursache, Art und Schwere einer eventuellen Behinderung in gleicher Weise die Beachtung ihrer Menschenwürde, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit, die Beachtung des Sozialstaatsgrundsatzes und die gleiche Behandlung durch die öffentliche Gewalt zu. Das allgemeine Gleichbehandlungsgebot des Artikels 3 Abs. 1 des Grundgesetzes, das die Gleichheit aller Menschen vor dem Gesetz gewährleistet, wurde durch eine im November 1994 in Kraft getretene spezielle Regelung zugunsten Behinderter ergänzt, indem Artikel 3 Abs. 3 folgender Satz angefügt wurde: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Anders als bei den Diskriminierungsverboten in Artikel 3 Abs. 3 Satz 1 GG bleiben an eine Behinderung anknüpfende Bevorzugungen erlaubt, soweit diese durch einen dem allgemeinen Gleichbehandlungsgebot standhaltenden sachgerechten Grund gerechtfertigt sind. Auch wenn Behinderte bereits zuvor gegen Benachteiligungen durch die öffentliche Hand verfassungsrechtlich ge-

schützt waren, hat die Ergänzung des Grundgesetzes die Stellung der Behinderten gestärkt, und zwar schon deshalb, weil Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes zugleich Ausdruck einer verfassungsrechtlichen Wertentscheidung ist und den Auftrag an den Staat enthält, auf die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft hinzuwirken.

Dies ist wichtig, da trotz vieler unbestreitbarer Fortschritte in den letzten Jahren eine tatsächliche Chancengleichheit von Behinderten und Nichtbehinderten noch nicht erreicht ist; immer wieder 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 sei-

ner 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 in Frage gestellt werden, ist dies aber immer auch Ausdruck einer allgemeinen Gefährdung des gesellschaftlichen Wertebewußtseins.

1.5

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; hierauf hat auch das Bundesverfassungsgericht in seinem im Oktober 1997 ergangenen Beschluß zur Anwendung des Benachteiligungsverbots nach Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes hingewiesen. Der vorliegende Bericht versucht, den Sach- und Diskussionsstand zu dieser Problematik jeweils in den konkreten Zusammenhängen zu verdeutlichen.

Die **Einigung Deutschlands** hat auch bei der Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen neue Herausforderungen und Aufgaben gebracht. Nachdem zunächst einheitliche rechtliche und wirtschaftliche Grundlagen geschaffen wurden, werden weiterhin große Anstrengungen unternommen, um gleichwertige Lebensverhältnisse für behinderte Menschen in allen Teilen Deutschlands tatsächlich zu verwirklichen; auch insoweit versucht der vorliegende Bericht, den Sachstand jeweils in den konkreten Zusammenhängen zu verdeutlichen.

1.6

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. Für die Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherung sowie für die Sozialhilfe ist außerdem als Ziel gesetzlich festgelegt, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

1.7

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 Ziele gerichtet sind. Den Kern der Rehabilitation bilden die besonderen Sozialleistungen, die wegen Art oder Schwere einer 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 zum Beispiel 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, zum Beispiel 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.

1.8

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 und § 26 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch) – Grundsatz „**Rehabilitaion vor Rente**“; entsprechendes gilt für den schon angesprochenen, immer wichtiger werdenden Grundsatz „**Rehabilitation vor Pflege**“. Diese Grundsätze gelten nicht nur dann, wenn der Bedarf von Renten oder Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern bereits im Vorfeld, nicht zuletzt bei den allgemeinen Aufgaben der Sozialleistungsträger wie beispielsweise Beratung und Auskunft.

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 Kriegsopferversorgung –, seit jeher Rehabilitation besonders nachdrücklich vorangetrieben; auch die privaten Schadenversicherer – zum Beispiel der Haftpflichtversicherung – zeigen sich 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 bereits eingetretenen – Behinderung und von der Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger.

1.9

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 Sozialleistungsträgern mit teils gleichen, teils unterschiedlichen Rehabilitationszielen. 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 Jugend- und die Sozialhilfe;

auf eine Darstellung des teilweise abweichenden Rechts der Alterssicherung der Landwirte wird aus Gründen der Übersichtlichkeit in diesem Bericht verzichtet.

Rehabilitationsleistungen	Unfallversicherung	Soziale Entschädigung	Krankenversicherung	Rentenversicherung	Bundesanstalt für Arbeit	Sozialhilfe	Jugendhilfe
medizinisch							
beruflich							
sozial							

Die Sozialhilfe – und für psychisch behinderte Kinder und Jugendliche die Jugendhilfe – treten aufgrund ihrer umfassenden Aufgabenstellung dann als „Ausfallbürge“ ein, wenn Behinderte zu dem im Bundessozialhilfegesetz und in der Eingliederungshilfe-Verordnung näher bezeichneten Personenkreis der wesentlich Behinderten gehören, keine Ansprüche gegen vorrangige Sozialleistungsträger bestehen und die Aufbringung der Mittel aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht zumutbar ist.

Schwerbehinderte können zu ihrer beruflichen Eingliederung – außer berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation, wenn deren Voraussetzungen gegeben sind – auch besondere zusätzliche Leistungen erhalten, zum Beispiel technische Hilfsmittel oder Arbeitsplatzausstattungen; diese werden aus der Ausgleichsabgabe bestritten, die beschäftigungspflichtige Arbeitgeber abführen, wenn sie ihrer Pflicht zur Beschäftigung Schwerbehinderter nicht oder nur unzureichend nachkommen. Insbesondere bei der Aufgabe, die Ausgliederung Schwerbehinderter aus dem Berufsleben zu vermeiden, kommt den Hauptfürsorgestellten eine wichtige Rolle zu.

1.10

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (**Rehabilitations-Anleichungsgesetz**) aus dem Jahr 1974, das die Träger der Kranken-, der Pflege-, 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-Anleichungsgesetzes) und bei Bedarf Vorleistungen zu erbringen (§ 6 des Rehabilitations-Anleichungsgesetzes).

Die zwischen den Rehabilitationsträgern auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geschlossenen – bisher sieben – Gesamtvereinbarungen dienen dazu, die Maßnahmen der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zu koordinieren und zu verbessern.

Die Vorteile des gegliederten Systems liegen zum einen in der Verknüpfung spezifischer (Teil-)Aufgaben der sozialen Sicherheit mit spezifischen Möglichkeiten der Schadensabwehr, zum anderen in der Möglichkeit, Leistungen und Verfahren zu entwickeln, die auf die jeweiligen Trägeraufgaben in besonderer Weise abgestimmt sind. Dabei sind Schnittstellen unvermeidbar, da nicht alle im Einzelfall erforderlichen Leistungen und sonstigen Hilfen „aus einer Hand“ und in derselben organisatorischen Einheit erbracht werden können. Nachteile des gegliederten Systems sind daher

- ungleiche Leistungen der einzelnen Träger sowohl dem Gegenstand 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 hat unter anderem die Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ in ihrem Bericht (Bundestags-Drucksache 11/6380) hingewiesen.

1.11

Bei zielgerichteter Zusammenarbeit der zuständigen Träger auf der Grundlage harmonisierter Rechtsvorschriften schafft und sichert ein gegliedertes System behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen 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.

1.12

Maßnahmen zugunsten von Menschen mit Behinderungen obliegen – entsprechend dem Grundsatz des „Mainstreaming“ – den jeweils zuständigen Stellen; soweit es sich um öffentliche Verantwortlichkeiten handelt, bestehen unterschiedliche Zuständigkeiten bei Bund, Ländern und Kommunen. Auf Bundesebene – und auch im Verhältnis zu den Ländern – hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Koordinierung übernommen; es wird hierbei von dem Beirat für die Rehabilitation der Behinderten beraten und unterstützt und beteiligt bei Bedarf andere Bundesministerien. Der Beirat besteht aus Vertretern der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber, der Organisationen der Behinderten, der Länder, der kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften, der Hauptfürsorgestellen, der Bundesanstalt für Arbeit, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Sozialhilfe, der freien Wohlfahrtspflege sowie der Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation; er tagt je nach Bedarf, in der Regel mehrmals jährlich.

Koordinierungsaufgaben – neben anderen – haben auch 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.

Unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation finden regelmäßig Gespräche zwischen dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten und den – inzwischen in zehn Bundesländern berufenen – Landesbeauftragten für Behinderte statt, bei denen es in erster Linie um die Zusammenarbeit in der gemeinsamen Aufgabenstellung – der Weiterentwicklung der Rehabilitation sowie der gesellschaftlichen Integration Behinderter – geht.

1.13

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. Auch die Rehabilitation mußte in den letzten Jahren Beiträge zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte leisten. Dabei durften durch erforderliche Sparmaßnahmen die für eine wirkungsvolle Rehabilitation erforderlichen Rahmenbedingungen nicht in Frage gestellt werden; dies war nur möglich, weil sich viele Beteiligte in Bereichen, die für die Verwirklichung der Ziele der Rehabilitation weniger wichtig sind, flexibel zeigten und zum Mittragen notwendiger Einschränkungen bereit waren; reines Besitzstandswahren ohne Bereitschaft zum Interessenausgleich hätte den Interessen behinderter Menschen insgesamt geschadet. Andererseits wurde mit der Einführung der Pflegeversicherung ein von vielen Behinderten seit langer Zeit erhoffter und geforderter Fortschritt erreicht.

Eine möglichst weitgehende, wirkungsvolle Eingliederung in die Gesellschaft setzt voraus, daß die angesprochenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfen ergänzt werden durch

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

1.14

Möglichkeiten und Probleme der Rehabilitation und Eingliederung Behinderter betreffen nie nur einzelne Bereiche allein, 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 Wohnmöglichkeiten und Verkehrsmittel sichergestellt 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 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 dem 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.

1.15

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 – zum Beispiel 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.

1.16

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 Behindertenorganisationen. 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.

1.17

Fragen der Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen müssen zwar durchweg auf nationaler Ebene beraten und gelöst werden, sind aber auch verstärkt Gegenstand **internationalen Erfahrungsaustauschs** auf unterschiedlichen Ebenen. Zunehmend rückt dabei das Ziel der Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen in den Mittelpunkt internationaler Entschlüsse; aber auch ethische Fragen des Umgangs insbesondere mit einwilligungsunfähigen Menschen werden verstärkt diskutiert.

Schrittmacherdienste leistete dabei der **Europarat** mit der Entschliebung vom April 1992 über „Eine kohärente Politik für behinderte Menschen“, die eine umfassende konzeptionelle Linie vorzeichnet, die die Forderungen und Entwicklungen für die unterschiedlichen Lebens- und Politikbereiche einander zuordnet und eine Art „Drehbuch“ für eine zeitgemäße europaweite Behindertenpolitik entwarf. Auf zunehmendes Interesse in der Öffentlichkeit stoßen

die im Dezember 1993 von der Generalversammlung der **Vereinten Nationen** beschlossenen „**Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte**“.

Die „Vorgaben“ von Europarat und Vereinten Nationen hatten Einfluß auch auf die Entschließungen der Organe der **Europäischen Union**. Das Europäische Parlament bezieht sich in seiner „Entschließung zu den Rechten behinderter Menschen“ vom Dezember 1996 auf die Rahmenrichtlinien der Vereinten Nationen, der Rat und die im Rat Vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten in ihrer „**Entschließung zur Chancengleichheit für Behinderte**“ vom Dezember 1996 auch auf die Entschließung des Europarates. Die Entschließungen des Parlaments und des Rates sollen die politische Lücke schließen, die durch das Auslaufen des Aktionsprogramms der Gemeinschaft zugunsten von Menschen mit Behinderungen (HELIOS II) mit Ende des Jahres 1996 entstanden ist, zu dem der Bewertungsbericht bisher nicht abgeschlossen wurde. Beide Entschließungen fordern die Mitgliedstaaten auf, für die Herstellung von Chancengleichheit für Behinderte Sorge zu tragen, und bekräftigen – in unterschiedlichen Abstufungen –, daß jegliche Art (negativer) Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen vermieden oder beseitigt werden muß.

1.18

Zur weiteren Bekräftigung dieser Ziele hat der Europäische Rat im Juni 1997 in den **Vertrag von Amsterdam** aufgenommen

- ein – nicht nur, aber auch für Behinderte geltendes – „Beschäftigungskapitel“,
- das vorher nicht in allen Mitgliedstaaten geltende „Sozialabkommen“ sowie
- Ermächtigungen im Vertrag über die Europäische Union für die Gemeinschaftsorgane,
 - Diskriminierungen unter anderem aus Gründen einer Behinderung zu bekämpfen und
 - mit qualifizierter Mehrheit Programme zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung zu beschließen.

„Positive Diskriminierungen“ – zum Beispiel die Beschäftigungspflicht und der besondere Kündigungsschutz für Schwerbehinderte – können dabei von der europäischen Ebene nicht in Frage gestellt werden. Insgesamt könnte der Vertrag von Amsterdam zu einer Stärkung der Sozialpolitik auf Gemeinschaftsebene führen.

In ihrem im Juli 1994 vorgelegten **Weißbuch** hat die Europäische Kommission angekündigt, zusätzliche Maßnahmen zur Bekämpfung von Diskriminierung auf Unionsebene (zur Ergänzung des auf nationaler, regionaler oder lokaler Ebene Möglichen) vorzuschlagen. Auch in ihrem im April 1995 vorgelegten **Mittelfristigen sozialpolitischen Aktionsprogramm** kündigte die Europäische Kommission Maßnahmen zugunsten benachteiligter Personengruppen an. Entsprechende Vorschläge der Kommission liegen bisher nur mit einer Empfehlung zur Gestaltung eines Europäischen Parkausweises vor, die der Rat der

Arbeits- und Sozialminister im Oktober 1997 grundsätzlich gebilligt hat.

Noch bis 1999 werden aus Mitteln des **Europäischen Sozialfonds** im Rahmen der Initiative „Beschäftigung“ Projekte zur beruflichen Eingliederung Behinderter (HORIZON) gefördert.

1.19

In den Vertrag von Amsterdam wurde außerdem ein Hinweis auf die von den Regierungschefs im Dezember 1989 gebilligte „Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer“ aufgenommen, 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.“

Vor diesem Hintergrund und im Rahmen der Weiterentwicklung der Politik zugunsten von Menschen mit Behinderung innerhalb der Europäischen Union würde die Bundesregierung eine kontinuierliche Entwicklung sozialer Mindeststandards begrüßen; solche europaweiten Mindeststandards könnten sich beziehen auf

- Maßnahmen zur Herstellung von Chancengleichheit Behinderter im Arbeitsleben, insbesondere durch eine möglichst gute Qualifizierung,
- Maßnahmen zum Erhalt von Arbeitsplätzen, zum Beispiel Bereitstellung erforderlicher Hilfsmittel und Arbeitsplatzausstattungen, Leistungen zum Erreichen der für Behinderte erschließbaren Arbeitsplätze sowie Schutz vor ungerechtfertigten Entlassungen,
- Bereitstellung der notwendigen Berufsberatungs-, Berufsausbildungs-, Arbeitsvermittlungs- und Beschäftigungsdienste.

Einen Beitrag zur Transparenz des europäischen Rehabilitationsgeschehens und zur europäischen Zusammenarbeit leisten die Europa-Materialien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. In dieser Schriftenreihe werden die rehabilitationsrelevanten Aktions- und Förderprogramme in „Transparenzpapieren“ zusammengefaßt, in denen neben der Information über Ziele, Zielgruppen, Umfang und Laufzeit auch Fördervoraussetzungen und -modalitäten, projektbezogene Veröffentlichungen und Ansprechpartner zusammengestellt werden. Darüber hinaus enthalten die Materialien Informationen und Kommentare zu aktuellen Entwicklungen der Sozialpolitik in der Europäischen Union.

1.20

Das Übereinkommen Nr. 159 der **Internationalen Arbeitsorganisation** von 1983, das die Grundzüge einer innerstaatlichen Politik auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation und der Beschäftigung Behinderter festlegt, ist bisher von Deutschland und 58 ande-

ren Staaten ratifiziert worden. Über die Umsetzung der in dem Übereinkommen festgelegten Ziele sowie eventueller rechtlicher Änderungen wird alle fünf Jahre berichtet. Die **Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung** hat mehrfach den auch ökonomischen Nutzen einer aktiven Rehabilitations- und Eingliederungspolitik herausgestellt.

Die Bundesregierung hat den 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 Neugestal-

tung 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 hat die Bundesregierung eine Vielzahl von Arbeits- und Beratungskontakten zum Beispiel mit Ungarn, Polen, Rußland, Weißrußland, Lettland und Litauen unterstützt.

1.21

Daß Erfolge deutscher Anstrengungen zur Eingliederung Behinderter sich auch in neutralen internationalen Vergleichen niederschlagen, zeigen beispielsweise Ergebnisse des 1994 von der Europäischen Union bei ihren damaligen Mitgliedern nach einheitlichen Kriterien erhobenen „Haushaltspanels“. Danach beträgt die Beschäftigungsquote (in v.H.) bei gesundheitlich ...

	B	DK	D	GR	E	F	IRL	I	L	NL	P	UK	E 12
schwer beeinträchtigten Männern 25–49 ..	61,5	28,3	66,5	48,3	27,3	59,4	15,2	64,3	49,4	57,7	53,9	27,8	53,8
etwas beeinträchtigten Männern 25–49 ..	85,9	71,4	89,0	75,8	60,5	86,6	59,1	87,1	92,8	89,0	87,9	72,6	82,6
nicht beeinträchtigten Männern 25–49 ..	93,6	89,3	93,2	92,1	83,9	89,8	83,9	90,2	96,5	93,8	95,6	88,4	90,2
schwer beeinträchtigten Frauen 25–49	47,0	35,7	51,8	26,2	18,8	51,4	17,2	40,7	31,5	42,1	39,6	24,1	41,5
etwas beeinträchtigten Frauen 25–49	59,0	68,1	63,9	47,2	31,2	59,2	25,4	44,3	60,1	66,7	66,6	58,4	55,9
nicht beeinträchtigten Frauen 25–49	76,8	88,0	74,1	50,6	46,4	69,0	45,4	56,0	62,8	72,5	73,8	74,8	66,3
schwer beeinträchtigten Männern 50–64 ..	14,5	21,8	25,6	28,6	23,4	23,4	13,8	37,7	13,2	30,1	41,3	8,1	25,1
etwas beeinträchtigten Männern 50–64 ..	36,5	46,6	48,8	53,6	36,3	40,5	42,1	49,6	36,3	49,4	67,9	46,2	47,0
nicht beeinträchtigten Männern 50–64 ..	56,5	80,1	71,4	70,1	64,9	50,3	76,0	60,3	51,9	63,9	83,8	77,7	66,2
schwer beeinträchtigten Frauen 50–64	9,4	8,2	23,4	8,8	6,1	18,2	2,5	7,8	6,3	12,9	23,1	10,2	14,5
etwas beeinträchtigten Frauen 50–64	17,8	30,0	28,6	26,3	13,7	25,6	16,1	19,6	5,4	22,3	38,4	31,2	25,0
nicht beeinträchtigten Frauen 50–64	26,7	69,8	41,7	30,0	21,2	33,0	24,7	23,2	22,2	33,9	49,9	53,0	36,0

Der Beschäftigungsstatus war nach dieser Erhebung im Alter von 15 bis 64 Jahren bei gesundheitlich ...

	B	DK	D	GR	E	F	IRL	I	L	NL	P	UK	E 12
schwer beeinträchtigten Männern													
selbständig	8,3	2,8	3,5	21,9	8,4	4,9	3,5	17,2	2,0	6,1	19,7	4,3	7,6
beschäftigt	30,1	21,2	34,7	12,8	16,5	36,7	14,5	27,5	30,4	37,2	25,7	12,5	28,6
arbeitslos	5,4	2,2	9,6	5,5	3,0	10,0	2,8	3,8	6,7	6,1	2,6	5,7	7,0
etwas beeinträchtigten Männern													
selbständig	9,7	7,7	5,7	33,7	20,1	7,2	21,9	20,3	6,9	5,5	25,1	13,9	12,2
beschäftigt	46,9	56,0	60,1	27,3	25,6	56,0	28,5	47,5	58,7	64,7	47,7	46,4	51,2
arbeitslos	4,5	11,6	7,3	8,1	10,9	8,9	13,5	6,6	1,4	4,5	6,5	12,5	8,4
nicht beeinträchtigten Männern													
selbständig	12,5	7,2	6,8	31,2	15,4	8,4	18,1	18,8	9,1	5,4	20,0	15,5	12,9
beschäftigt	62,5	76,5	74,6	45,4	54,0	61,8	56,7	52,4	71,1	75,3	64,0	67,8	63,5
arbeitslos	5,7	7,8	4,0	8,1	14,8	7,7	14,2	9,9	2,3	4,9	3,7	10,7	8,3
schwer beeinträchtigten Frauen													
selbständig	1,8	0,0	1,9	4,4	5,0	2,9	0,4	3,1	0,0	4,5	8,5	3,6	3,3
beschäftigt	24,7	21,8	33,1	9,9	5,7	29,8	10,0	15,6	18,7	26,5	19,6	11,6	22,2
arbeitslos	6,0	0,0	5,7	8,0	1,2	6,0	2,8	4,2	4,2	4,1	4,3	2,2	4,6
etwas beeinträchtigten Frauen													
selbständig	3,5	2,9	1,0	9,6	6,3	3,1	3,6	5,6	2,8	2,6	12,7	4,5	4,0
beschäftigt	34,9	49,1	43,0	25,6	14,1	38,1	20,0	25,2	35,0	45,9	39,0	44,3	36,3
arbeitslos	4,0	7,3	6,3	7,0	8,1	10,8	6,0	10,2	2,5	5,0	6,4	4,7	7,1
nicht beeinträchtigten Frauen													
selbständig	6,5	4,1	3,4	8,2	5,7	3,5	2,7	6,0	4,0	2,8	12,6	6,2	5,1
beschäftigt	51,8	75,9	59,9	32,0	30,7	50,3	39,1	36,4	49,5	58,5	49,4	63,0	49,8
arbeitslos	6,2	6,5	6,2	11,8	17,2	9,4	8,0	12,3	2,8	5,1	6,0	4,7	9,0

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 verhüten; 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, ein Leben und damit eine Gesellschaft ohne Behinderungen zu ermöglichen, können allerdings nach derzeitigem Kenntnis- und Entwick-

lungsstand 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, im Zusammenspiel mit anderen Faktoren oder unter besonderen Bedingungen wirksam werden.

Auch ist nicht alles, was wissenschaftlich machbar ist, für eine Anwendung in der Praxis geeignet, wenn zum Beispiel gewichtige ethische Grundsätze entgegenstehen; dies betrifft insbesondere die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Diagnostik und der Gentechnologie. Selbst wenn ein Leben mit Behinderung zu erwarten ist, 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

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 Behinderung vermieden werden, und das Bewußtsein dafür schärfen, daß Behinderungen untrennbar zum menschlichen Leben gehören.

Ist abzusehen, daß Kinder mit einer schweren Behinderung geboren werden, ist und bleibt es zunächst Aufgabe der Eltern, insbesondere der Schwangeren selbst, die daraus entstehenden Konfliktsituationen zu bedenken; Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruchs dürfen nicht als Aufforderung mißverstanden werden, sondern geben Gelegenheit zu besonders verantwortungsvollen Entscheidungen.

Nur der kleinere Teil von angeborenen Erkrankungen ist erblich bedingt. Dennoch besteht insbesondere bei Frauen und Männern, deren Belastung mit vererbaren 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.

Die bis 1994 bestehende und vielfach als Aufforderung mißverständene Möglichkeit, aus Gründen einer drohenden Behinderung die Schwangerschaft berechtigt abbrechen zu lassen, ist nunmehr aus dem Katalog der nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüche im Strafgesetzbuch gestrichen worden. Ein Schwangerschaftsabbruch kann nach der Rechtsordnung nur in Ausnahmesituationen straffrei bleiben, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, daß sie die zumutbare Obergrenze übersteigt. Hierzu ist vom Arzt zu prüfen, ob die Voraussetzungen einer medizinischen Indikation vorliegen, die ausschließlich der Abwehr schwerwiegender körperlicher und seelischer Gefahren für die Gesundheit der Schwangeren zum Ziel hat; eine vorgeburtliche Schädigung oder Behinderung des Kindes führt nicht zwingend zur Feststellung einer medizinischen Indikation.

In etwa 97 v.H. aller Fälle, in denen ein Kind während der Schwangerschaft auf genetische Erkrankungen untersucht wird, kann die befürchtete Erkrankung ausgeschlossen werden. Dies bedeutet

demnach für die ganz überwiegende Zahl der Untersuchungen eine psychologische Entlastung und Beruhigung der Eltern, indem sie die Gewißheit erhalten, daß ihr zukünftiges Kind nicht, wie befürchtet, an einer bestimmten Erbkrankheit leidet. In den vergleichsweise wenigen Fällen, in denen eine schwerwiegende genetische Erkrankung des Kindes diagnostiziert wird, entscheiden sich allerdings rund 90 v.H. der Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch.

2.3

Die Beratung von Betroffenen über das Zusammenleben mit behinderten Kindern gehört bei Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungs- sowie integrierten Beratungsstellen und den Behinderteneinrichtungen zu den originären Aufgaben der ganzheitlichen Beratung und zum Selbstverständnis der zentralen Beratungsträger. Ziel dieser Beratung ist der konstruktive Umgang mit der Behinderung und die Hilfe zu einer informierten und reflektierten Entscheidung.

Jede Beratungsstelle, die Beratung im Zusammenhang mit Schwangerschaft anbietet, hat die Aufgabe und die Pflicht, umfassend zu beraten. Hinsichtlich einer möglichen Behinderung des erwarteten Kindes schließt das ein

- die Information über Möglichkeiten und Grenzen der pränatalen Diagnostik,
- die Beratung über die Bedeutung der Mitteilung eines schwerwiegenden Befundes beim Kind für die einzelne Schwangere und ihre Familie sowie
- die Hilfe bei der Verarbeitung und die Erörterung der Perspektiven für ein Zusammenleben mit dem Kind einschließlich der Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten für die Familie und die Förderungsmöglichkeiten für das Kind.

Im Rahmen der Beratungskonzepte gehört es zum Selbstverständnis und zur Aufgabe qualifizierter Beratungseinrichtungen, über Möglichkeiten und Einrichtungen der Frühförderung zu beraten, an die nächste Frühförderungsstelle sowie auf alle vorhandenen Förderungsangebote, Selbsthilfegruppen und Elterninitiativen zu verweisen und die Eltern bei der Wahrnehmung dieser Angebote zu unterstützen. Insbesondere sind im Einvernehmen mit der Schwangeren, soweit erforderlich, Fachkräfte mit besonderer Erfahrung in der Frühförderung behinderter Kinder zur Schwangerschaftskonfliktberatung hinzuzuziehen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat seit Jahren verschiedene Schriften der Stiftung für das behinderte Kind gefördert. In diesen von namhaften wissenschaftlichen Experten, insbesondere aus der Sozialpädiatrie, erarbeiteten Broschüren wird auf die Möglichkeit der Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in der Familie und im sozialen Umfeld hingewiesen. In den Publikationen sind sowohl sozialpädiatrische als auch spezielle Beratungsstellen für einzelne Krankheitsbilder aufgeführt. Auch die Kirchen haben Broschüren speziell zu dieser Thematik herausgegeben.

In der Broschüre „Jedes Kind ist liebenswert – Leben annehmen statt auswählen“ findet sich eine umfangreiche Literaturliste.

Darüber hinaus fördert die Bundesregierung seit Jahren Informationsmaterialien und Veranstaltungen von Selbsthilfeverbänden und Behindertenorganisationen zu diesen Themen, die sich an Eltern, Ärzte aber auch die Öffentlichkeit richten. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang zahlreiche Veröffentlichungen der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung und der Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus.

2.4

Die allgemeine medizinische und die humangenetische Beratung bieten Frauen und Paaren nicht immer ausreichend Gelegenheit, in Ruhe eine informierte und überlegte Entscheidung zu finden, die ihren Sorgen, Ängsten, Wünschen, ihrer Lebenssituation und ihren körperlichen wie auch seelischen Kräften gerecht wird, und damit auch nur unzureichend Unterstützung, behindertes Leben auch annehmen zu können. Die zentralen Träger der Beratung sind in der Lage, Ratsuchende über Möglichkeiten der Frühförderung, integrative Schulmodelle und Behindertenorganisationen zu informieren und entsprechend zu beraten sowie mit Spezialstellen zusammenzuarbeiten.

Die Bundesregierung sieht Handlungsbedarf in diesem Bereich vor allem in Angeboten psychosozialer Beratung ergänzend zu den stärker medizinisch ausgerichteten Informationen und Untersuchungen. Da viele Frauen den Weg aus dem medizinischen Kontext zu davon unabhängigen Beratungsstellen nicht oder erst sehr spät finden, ist eine bessere Kooperation der Stellen und Vernetzung der Angebote notwendig. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird eine Expertenbefragung zu dieser Thematik durchführen, um zu klären, welche Konzepte und Maßnahmen ergriffen werden können, um dieses Beratungsangebot zu unterstützen und in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Danach wird die Bundesregierung Möglichkeiten zur Verbesserung der Beratungsangebote für Eltern erproben, die Entscheidungshilfen aufgrund pränataler Diagnostik und des Befunds schwerwiegender Beeinträchtigung des ungeborenen Kindes benötigen.

2.5

Die regelmäßigen **Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft** zum Erkennen und zum Ausschluß von Risikofaktoren werden nach bisherigen Erkenntnissen in hohem Maße – von etwa 90 v. H. der Anspruchsberechtigten – genutzt. Die Zahl der Risikoschwangerschaften nimmt seit Jahren zu; bereits 1993 wurde bei 70 v. H. aller Schwangerschaften mindestens ein Risiko festgestellt.

Dies erfordert auch weiterhin eine hohe Inanspruchnahme der Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen, die seit 1994 um eine Untersuchung auf Chlamydia trachomatis, um eine weitere Ultraschalluntersuchung (auf insgesamt 3) und die Einführung eines Screenings auf Hepatitis B erweitert wurden.

Seit 1996 liegt ein überarbeiteter und aktualisierter Mutterpaß vor. Mit Einführung dieses Passes wurden die Möglichkeiten der Beratung der Schwangeren, zum Beispiel hinsichtlich der Ernährung, erweitert. Der Mutterpaß enthält die während der Schwangerschaft erhobenen wichtigen Befunde. Die Angaben im Mutterpaß dienen der Information von Arzt und Hebamme sowie der Sicherheit der Schwangeren und ihres Kindes; damit können – gegebenenfalls unter Hinzuziehung weiterer Befunde – frühzeitig therapeutische Maßnahmen ergriffen oder geburts-hilfliche Konsequenzen gezogen werden.

Im Rahmen der Schwangerenvorsorge-Untersuchung wird auch ein HIV-Antikörpertest angeboten. Durch ihn kann festgestellt werden, ob eine HIV-Infektion und damit eine Gefährdung für das Kind vorliegt. Eine sachgerechte Beratung und Betreuung kann im Falle einer HIV-Infektion der Schwangeren das Infektionsrisiko für das Kind deutlich verringern.

Die Mutterschaftsvorsorge ist ein Angebot der Krankenkassen an die Schwangere. Letztlich bleibt Schwangeren das Recht zu entscheiden, ob sie das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung zur Mutterschaftsvorsorge in dem vom Bundesausschuß festgelegten Umfang nutzen möchten.

2.6

Je früher in der kindlichen Entwicklung eine Auffälligkeit oder Beeinträchtigung erkannt wird, desto besser kann vorgebeugt oder erfolgreich behandelt werden; gerade frühkindliche Entwicklungsphasen können in vielen Fällen wirkungsvoll beeinflusst werden. Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder bis zum 6. Lebensjahr sind bereits seit 1971 Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; dem hat sich seit 1974 auch die Sozialhilfe angeschlossen. Seit Juli 1997 umfassen diese Untersuchungen eine weitere nach Vollendung des 10. Lebensjahres; bei Modellversuchen zur Einführung dieser Untersuchung wurde eine Vielzahl gesundheitlicher Auffälligkeiten bereits bei diesen Jugendlichen beobachtet (zum Beispiel bei 18 v. H. Über- oder Untergewicht, bei 15 v. H. Risiko für Fettgewebestörungen, ebenso Bluthochdruck).

Im Rahmen dieser Vorsorge werden damit insgesamt zehn ärztliche Untersuchungsreihen angeboten. Gegenstand und Methoden 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 gesetzlichen Vorsorgekonzeptes zur Früherkennung von Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Anlässlich dieser Vorsorgeuntersuchungen werden auch zahlreiche Impfungen durchgeführt, zum Beispiel gegen Hepatitis-B, Tuberkulose, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Masern, Mumps und Röteln.

Die Krankenkassen sind seit Jahren bemüht, die Inanspruchnahme der Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen durch gezielte Aufklärung und verschiedene Einladungsmodelle zu verbessern. Dabei sind bereits beachtliche Erfolge erzielt worden;

allerdings läßt die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse 1994 bei der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3–U9 (90,10 v. H. der Berechtigten) keine weitere Steigerung gegenüber 1992 (90,41 v. H.) erkennen. Daher ist die gesundheitliche Aufklärung der Eltern nach wie vor wichtig, und weitere Anstrengungen müssen unternommen werden, um die Bereitschaft der Eltern zur Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen zu verbessern.

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 Bundesländern in den Untersuchungsreihen U3–U9 für das Jahr 1994 wie folgt dar (in v. H.):

U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9
94,4	94,3	96,0	96,6	96,8	92,8	95,3

In der Praxis werden Entwicklungsauffälligkeiten oft durch Erzieherinnen und Erzieher in Kindergärten festgestellt. Diese wichtige Funktion sollte anerkannt werden und sich auch in der Aus- und Fortbildung niederschlagen.

2.7

Hör- und Sehstörungen werden oft erst spät diagnostiziert, weil einfach zu handhabende Screeningmethoden noch nicht zur Verfügung stehen; hier wird nach Lösungen unter anderem über Forschungs- und Modellvorhaben im Rahmen des Programms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung 2000“ gesucht. Die Früherkennung von angeborenen Hörstörungen bei Säuglingen ist in den ersten Lebensmonaten erforderlich, damit die Säuglinge bereits vor dem 6. Lebensmonat mit Hörgeräten versorgt und mit gezielter Therapie an die Sprachentwicklung normal hörender Säuglinge herangeführt werden können, die mit dem 6. bis 8. Lebensmonat einsetzt. Durch die heute mögliche Versorgung mit „Cochlear Implants“, sofern individuell sinnvoll, eröffnen sich zusätzliche Chancen einer Rehabilitation, die so früh wie möglich genutzt werden sollten.

In Nordrhein-Westfalen sieht ein Konzept seit 1992 für die Frühförderung hörgeschädigter Kinder pädaudiologische Zentren vor, die die Zusammenarbeit von medizinischen, therapeutischen, schulischen und anderen Einrichtungen in der Region fördern. In Aachen, Bochum/Datteln und Münster existieren diese Zentren bereits; eine vierte Stelle in Köln wird eingerichtet. Die Landesregierung wird sich für vergleichbare Zentren für Sehgeschädigte einsetzen, die organisatorisch mit den pädaudiologischen Zentren verbunden werden sollten.

2.8

Insbesondere bei Schulkindern und Jugendlichen übernimmt der **schulärztliche Dienst** die wichtigen Aufgaben der Früherkennung und Prophylaxe. Eine besondere Bedeutung hat dabei die Vervollständigung des Impfschutzes gegen Infektionskrankheiten durch Impfungen. In Mecklenburg-Vorpommern ist 1996 in der Schulgesundheitspflege-Verordnung die jährliche Untersuchung und Betreuung behinderter Kinder rechtlich verankert worden. Die Kinder- und Jugendärzte der Gesundheitsämter betreuen schwerpunktmäßig Förderschulen und Kindertagesstätten für behinderte Kinder. Bereits seit 1994 sieht das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in diesem Land vor, daß die Gesundheitsämter Personen, die auf Grund körperlicher, seelischer geistiger und sozialer Umstände der besonderen Hilfe bedürfen, zu beraten und Gesundheitshilfe zu leisten haben. Die Beratung, die in fast allen Landkreisen und kreisfreien Städten durchgeführt wird, erstreckt sich neben medizinischen und sozialen Aspekten unter anderem auch auf Hinweise zu Eingliederungshilfen und Integrationsmöglichkeiten sowie auf deren Vermittlung.

2.9

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 und anderen,
- ambulante Frühförderstellen und
- überregionale sozialpädiatrische Zentren.

Hauptaufgaben der Frühförderung sind

- Kontaktaufnahme zu Eltern und Kind sowie das sogenannte Erstgespräch,
- medizinische, pädagogische, psychologische und soziale Diagnostik sowie ihre interdisziplinär abgestimmte Zusammenarbeit,
- pädagogische Förderung des Kindes, psychologische und medizinische Therapien des Kindes, Entwicklung seiner Eigenkräfte,
- Information, Beratung und Begleitung der Eltern, Stärkung ihrer Autonomie,
- Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen, die mit dem Kind und dessen Eltern arbeiten, sowie Koordination der Hilfen,
- Begleitung bei der Integration behinderter Kinder in allgemeine Kindertagesstätten sowie
- Öffentlichkeitsarbeit.

Medizinische Erstberatung und -behandlung erfolgt in der Regel durch niedergelassene Kinderärzte. Eingeschränkte Verordnungskontingente der Ärzte führen allerdings auch in der Frühförderung dazu, daß die erforderlichen Leistungen wie Krankengymnastik oder Logotherapie nicht immer erbracht werden. Unterstützende Arbeit leisten 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 Bundesländern sowohl die Frühförderstellen als auch die über 80 Sozialpädiatrischen Zentren als unverzichtbare Bestandteile des Versorgungssystems bewährt.

2.10

Bei den Angeboten der Frühförderung haben sich unterschiedliche Organisationsformen herausgebildet:

- mobil und ambulant arbeitende Frühförderstellen im eigentlichen, klassischen Sinne,
- mobil und ambulant arbeitende Frühförderstellen an Kindergärten, Tagesstätten oder Schulen (vor allem in den neuen Bundesländern),
- (überregionale) Frühförderstellen für sinnesbeeinträchtigte und sprachbehinderte Kinder,
- Frühförderungsangebote für Kinder mit autistischen Verhaltensweisen,
- Frühförderungsangebote mit dem Schwerpunkt „nur für bewegungsgestörte Kinder“ (CP-Ambulanzen, mobile Therapien, nur Krankengymnastik, Schulen für Körperbehinderte in Baden-Württemberg),
- sonstige (Sonderkindergärten, „CP“-Kindergärten; Frühförderung nur für Kinder mit Spina bifida/Hydrozephalus; nur für MCD-Kinder; Erziehungshilfe und ärztliche Frühförderungsangebote),
- psychiatrische Einrichtungen mit Frühförderungsangeboten,
- Sozialpädiatrische Zentren, teilweise mit mobilen und ambulanten Angeboten oder mit Unterzentren und Außenstellen.

Der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Anfang 1997 in der vierten Auflage herausgegebene Wegweiser „Frühförderung – Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland“ zeigt, daß die überwiegende Zahl dieser Einrichtungen von sogenannten freien Trägern unterhalten wird.

2.11

Nur noch ganz wenige Frühförderstellen arbeiten rein ambulant, indem sie Eltern und Kinder einbestellen. Die überwiegende Mehrzahl der wohnortnahen Frühförderstellen nutzen die Vorteile sowohl der mobilen Arbeitsweise mit dem Schwerpunkt der Hausfrühförderung als auch der ambulanten Förderung. Frühförderstellen entscheiden bei jedem Kind neu, welcher Arbeitsweise in welcher Phase der kindlichen Entwicklung der Vorzug zu geben ist.

Wegen der Komplexität der Aufgabenstellung hat sich bundesweit ein interdisziplinäres Vorgehen herausgebildet, entweder

- indem die unterschiedlichen pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Berufe, die in der Frühförderung benötigt werden, teilweise oder vollständig zum Team der Frühförderstelle gehören, oder
- indem das „Kern-Team“ der Frühförderstelle Interdisziplinarität über die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachkräften sicherstellt.

Wesentlich verbessert hat sich die Zusammenarbeit zwischen Ärzten (insbesondere Kinderärzten) und Frühförderstellen, seit 1993 „Empfehlungen zum Zusammenwirken von Frühförderstellen und kinderärztlichen Institutionen“ veröffentlicht wurden. Das vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft unterstützte Münchner Forschungsprojekt „Strukturelle und inhaltliche Bedingungen der Frühförderung“ belegt den erreichten hohen Grad an interdisziplinärer Zusammenarbeit im Rahmen der Frühförderung.

Während wohnnahe Frühförderstellen in Zusammenarbeit mit frei niedergelassenen (Kinder-)Ärzten und Therapeuten den Familien mit behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern ein Angebot der Hilfe unterbreiten, werden die überregional ausgerichteten Sozialpädiatrischen Zentren im Rahmen der Frühförderung dann benötigt, wenn es um spezielle Differentialdiagnosen und Hilfeansätze geht, die vor Ort nicht oder nicht ausreichend sichergestellt werden können. Sie werden tätig, wenn vor Ort weder niedergelassene (Kinder-)Ärzte und Therapeuten noch Kinderabteilungen und Kliniken in Zusammenarbeit mit den Frühförderstellen die Versorgung des Kindes sicherstellen können. Somit ergänzen die Sozialpädiatrischen Zentren das über die Frühförderstellen angebotene System der Hilfen für Kinder und ihre Familien.

In Sachsen wird eine systematische Zusammenarbeit zwischen Frühförderstellen und Sozialpädiatrischen Zentren angestrebt, indem regional jeweils etwa sechs Frühförderstellen einem Sozialpädiatrischen Zentrum zugeordnet werden; in der sich daraus ergebenden engeren Zusammenarbeit können Synergieeffekte genutzt werden. Für Baden-Württemberg wurde im November 1993 eine in einer interministeriellen Arbeitsgruppe gefertigte „Rahmenkonzeption zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ veröffentlicht und seitdem in den einzelnen Stadt- und Landkreisen weiterentwickelt. 1996 und 1997 unterstützte die Landesregierung Brandenburg den Aufbau einer Landesarbeitsstelle Frühförderung, die unter anderem die weitere Entwicklung der Frühförder- und Beratungsstellen fachlich begleiten soll.

2.12

In folgerichtiger Entwicklung vom Laienmodell der frühen siebziger Jahre (Fachleute leiten Eltern an) über das Ko-Therapeuten-Modell (Fachkräfte setzen Eltern ein für eine konsequente fachliche Mitarbeit

zur Entwicklung des Kindes) zum Partnerschafts- und Kooperationsmodell (Fachleute arbeiten mit den Eltern zusammen) werden frühe Hilfen jetzt als System gesehen, in dem die Eltern, das Kind, seine Geschwister und die übrige Familie sowie die Fachleute selbst sich als Teile eines Ganzen verstehen. Insbesondere von den Fachleuten erfordert diese Entwicklung immer neue Flexibilität. Wegen der Komplexität der Aufgabe ist meist eine Fachdisziplin allein nicht in der Lage, auf anstehende Fragen hinreichend Antwort zu geben. Von daher ist in der Frühförderung Interdisziplinarität und Ganzheitlichkeit, verbunden mit Analyse, Selbstreflexion und Selbstdefinition, besonders wichtig.

Durch die Änderungen im Bundessozialhilfegesetz (§§ 93 und 94) kommen die Aspekte der Qualitätsentwicklung und -sicherung im Bereich der Frühförderung stärker in den Blick. Für die nahe Zukunft gilt es deshalb, deutlichere Strukturen im System Frühförderung zu schaffen, die es erlauben, die Qualitätsstandards systematisch an die sich ändernden Erfordernisse in Familie, Umwelt und Gesellschaft anzupassen und sie auch den Leistungsträgern gegenüber transparenter zu machen.

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. Dies bedeutet für die praktische Arbeit auch eine Verlagerung des Schwerpunktes auf die Eltern: Für sie ist es erfahrungsgemäß leichter, mit der konkreten Diagnose einer Beeinträchtigung ihres Kindes zu leben, als mit dem ungewissen Schicksal „drohende Behinderung“.

Während für geistig und auch zum Teil für körperlich behinderte Kinder das Betreuungsangebot als ausreichend einzuschätzen ist, ergeben sich Schwierigkeiten bei der Frühförderung und der anschließenden Betreuung von seelisch behinderten Kindern. Dies ist einerseits auf Definitionsschwierigkeiten zum Begriff „seelische Behinderung“ zurückzuführen, andererseits auf fehlende Dienste und Einrichtungen zur Betreuung seelisch behinderter Kinder.

2.13

Bei den für Frühförderung erforderlichen Hilfen sind die Krankenkassen zuständig für medizinische Leistungen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung. Für heilpädagogische Leistungen sind die Sozialhilfeträger zuständig, bei seelischen Behinderungen die Träger der Jugendhilfe.

In der Stadt **Bremen** erhalten Kinder, die wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, als Regelangebot (ohne untere Altersgrenze) Hausfrühförderung, wenn der Kinder- und Jugendärztliche Dienst des Gesundheitsamtes die Notwendigkeit im Einzelfall gutachterlich bestätigt. Bei der überwiegenden Zahl der Kinder beginnt die Hausfrühförderung mit eineinhalb Jahren und endet

in der Regel in dem Jahr, in dem ein Kind das dritte Lebensjahr vollendet und in den Kindergarten aufgenommen werden kann. Wenn ein behindertes Kind zwar einen regulären Kindergartenplatz, dort aber nicht die erforderliche heilpädagogische Förderung erhalten kann, kann in Ergänzung zum Kindergarten weiterhin Hausfrühförderung notwendig bleiben. Andere Träger versuchen demgegenüber, dies als Doppelfinanzierung zu bezeichnen und begleitende Frühförderung in Frage zu stellen.

Als bedenklich wird die im Saarland zu beobachtende Entwicklung angesehen, Zugang von Kindern zur Frühförderung mehr und mehr nur noch über Ärzte zuzulassen. Nach wie vor muß es für die Eltern als Hauptträger der Verantwortung möglich sein, sich aus freien Stücken an eine Frühförderstelle zu wenden und sie um Rat zu fragen.

2.14

Aufgrund knapper öffentlicher Mittel sind bundesweit Finanzierungseinschränkungen bei der Frühförderung zu beobachten, sei es, daß die erforderlichen Betreuungseinheiten in ihrem Zeitmaß gekürzt werden, sei es, daß Vergütungssätze dafür nicht nur gedeckelt, sondern verringert werden. Dies schiebt vielerorts Hauptaufgaben von Frühförderung in die „private“ Verantwortung der Fachkräfte oder in deren Freizeit. Die Inanspruchnahme von Angeboten der Frühförderung nimmt stetig zu; Negativauswirkungen des höheren Bekanntheitsgrads sind vielerorts lange Wartezeiten, oft bis zu einem Jahr; dies ist für eine frühe Förderung wenig sinnvoll.

2.15

Behinderungen sind nur zu einem geringen Anteil angeboren; überwiegend sind sie auf – meist langfristig erworbene – chronische Krankheiten sowie auf Unfälle, Berufskrankheiten und Kriegsbeschädigungen zurückzuführen. 48,4 v. H. aller Schwerbehinderten sind dem Erwerbsalter, d. h. der Altersgruppe von 15 bis unter 65 Jahre zuzuordnen; ab dem 45. Lebensjahr steigen die Schwerbehindertenquoten deutlich an. Nahezu jeder zweite Schwerbehinderte (49,7 v. H.) ist von Krankheiten des Bewegungsapparates einschließlich Verlust von Gliedmaßen (32,7 v. H.) oder des Herz-Kreislauf-Systems (17,0 v. H.) betroffen; dabei wird nicht auf Krankheitsdiagnosen abgestellt, sondern auf die Erscheinungsform der Behinderung und die durch sie bestimmten Funktionseinschränkungen.

Durch krankheits- und unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit fiel in den Unternehmen der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1993 Produktion im Wert von knapp 89 Mrd DM aus. Nach dänischen, schwedischen und norwegischen Studien, die auch durch niederländische Erfahrungen gestützt werden, ist anzunehmen, daß der Anteil arbeitsbedingter Erkrankungen am Gesamtvolumen durchschnittlich etwa 20 bis 30 Prozent ausmacht. In deutschen Betrieben wären daher Einsparungen bis etwa 27 Mrd DM jährlich möglich, wenn der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz stärker präventiv ausgerichtet wäre.

Bei den Arbeitsunfähigkeitstagen liegen die Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts mit 29,7 Prozent eindeutig an der Spitze. Die dadurch bedingten 172 Mio Arbeitsunfähigkeitstage verursachten insgesamt einen Produktionsausfall von mehr als 26 Mrd DM im Jahr 1993. Auf einen durchschnittlichen deutschen Betrieb mit etwa 12 Mitarbeitern entfallen, statistisch gesehen, zwar nur etwa 64 Ausfalltage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen, aber etwa 10 000 DM jährlich beträgt allein der hinzunehmende Produktionsausfall. Wie groß die präventiv beeinflussbaren Anteile an den – multifaktoriell bedingten – Krankheitsursachen sind und welche Rolle hier den arbeitsbezogenen Faktoren beizumessen ist, kann im einzelnen nicht abgewogen werden. Arbeitsbezogene Präventionsansätze können aber einen wichtigen Beitrag zur Bekämpfung von chronischen Krankheiten leisten.

2.16

Die Bundesregierung nimmt die Verantwortung für den **Arbeitsschutz** sehr ernst und mißt ihm eine hohe Bedeutung für die Gesellschaft bei. Ein effektiver Arbeitsschutz für alle Beschäftigten umfaßt auch den Schutz Behinderter am Arbeitsplatz.

Das zur Umsetzung der europäischen Arbeitsschutz-Rahmenrichtlinie erlassene, im August 1996 in Kraft getretene Arbeitsschutzgesetz verbessert durch seinen konsequent präventiven Ansatz den Gesundheitsschutz aller Beschäftigten; zu diesen zählen nach dem Gesetz auch Behinderte, die in Werkstätten für Behinderte beschäftigt sind. Das Gesetz enthält einen modernen Arbeitsschutzbegriff, der nicht nur auf die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, sondern umfassend auf eine Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zielt und auch Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit umfaßt. Darüber hinaus enthält das Gesetz verschiedene Einzelvorschriften, die besondere Schutzwirkung (auch) gegenüber Behinderten entfalten. So hat der Arbeitgeber bei den Maßnahmen des Arbeitsschutzes spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen zu berücksichtigen; zu den besonders Schutzbedürftigen zählen nach der Begründung des Gesetzes ausdrücklich auch die Behinderten. Auch wird der Arbeitgeber dazu verpflichtet, darauf zu achten, daß die Beschäftigten körperlich und geistig in der Lage sind, die für die Arbeiten maßgeblichen Schutzvorschriften und angeordneten Schutzmaßnahmen zu erfassen und durchzuführen. Im übrigen schreibt das Gesetz den Betrieben nicht im Detail vor, welche Arbeitsschutzmaßnahmen in welcher Situation zu ergreifen sind. Dadurch erhalten die Arbeitgeber einerseits mehr Spielraum, den konkreten Verhältnissen angepaßte, wirksame und kostengünstige Arbeitsschutzmaßnahmen zu treffen, die im übrigen in weiten Bereichen durch branchen- oder betriebsbezogene Unfallverhütungsvorschriften konkretisiert werden, andererseits aber auch mehr Verantwortung für den Arbeitsschutz in ihrem Betrieb.

Außer im Arbeitsschutzgesetz finden sich Arbeitsschutzbestimmungen, die der besonderen Situation

Behinderter Rechnung tragen, auch im Arbeitssicherheitsgesetz; es sieht vor, daß der Betriebsarzt den Arbeitgeber in Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß unterstützt.

2.17

Mit dem Arbeitsschutzgesetz wurde – den Anforderungen der europäischen Arbeitsschutz-Rahmenrichtlinie folgend – die Zentralstelle für Arbeitsschutz beim Bundesministerium des Innern eingerichtet. Sie nimmt die Präventionsaufgaben im Bundesdienst wahr und löste die Eigenüberwachung der Ressorts ab; diese Aufgaben obliegen der Zentralstelle auch nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch. Darüber hinaus ist danach der Erlaß von allgemeinen Verwaltungsvorschriften und Verordnungen zur Unfallverhütung im Bundesdienst grundsätzlich im Bundesministerium des Innern zentralisiert worden. In diesem Zusammenhang können auch die besonderen Regelungen zur Unfallverhütung für Behinderte, wie sie insbesondere im Rahmen der Schwerbehindertenrichtlinie des Bundesministeriums des Innern bestehen, einheitlich gesteuert werden.

2.18

Die auf der Grundlage des Arbeitsschutzgesetzes erlassenen Rechtsverordnungen sind im Lichte dieser gesetzlichen Vorgaben anzuwenden. Darüber hinaus trifft die Bildschirmarbeitsverordnung besondere Regelungen für den **Bildschirmarbeitsplatz von Behinderten**. Nach der Bildschirmarbeitsverordnung kann von den allgemein geltenden Anforderungen abgewichen werden, wenn der Bildschirmarbeitsplatz für den Behinderten entsprechend der Art und Schwere der Behinderung zu gestalten ist. Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten müssen in diesem Fall auf andere Weise gewährleistet sein. Durch diese Regelung wird die Möglichkeit der Beschäftigung von Behinderten an Bildschirmarbeitsplätzen verbessert.

2.19

Mit Wirkung ab Juli 1996 wurde durch Zusammenlegung der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin (BAfAM) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (BAU) die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) errichtet. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unterstützt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in allen Fragen des Arbeitsschutzes, einschließlich des medizinischen Arbeitsschutzes.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin beobachtet und analysiert die Arbeitssicherheit, die Gesundheitssituation und die Arbeitsbedingungen in Betrieben und Verwaltungen. Sie entwickelt Problemlösungen unter Anwendung sicherheitstechnischer, ergonomischer und sonstiger arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse. Weiterhin bearbeitet die Bundesanstalt unter Anwendung epidemiologischer und anderer arbeitsmedizinischer Methoden Probleme, die sich aus der Belastung und Beanspruchung

durch Arbeitsstoffe, komplexe Arbeitsplatzeinflüsse und die Gestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe im Hinblick auf die Gesundheit der Beschäftigten ergeben. Sie leitet aus den Ergebnissen dieser Arbeit Beiträge für die präventive Gestaltung von Arbeitsbedingungen, für die Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten und für die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ab. Dabei finden arbeitsmedizinische, ergonomische und sonstige arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse Berücksichtigung und Anwendung. Die Bundesanstalt forscht hierzu im notwendigen Umfang selbst oder vergibt Forschungsaufträge an Dritte.

Aus den Ergebnissen der Facharbeit werden verstärkt Vorschläge zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen, der arbeitsmedizinischen Vorsorge und zur Gesundheitsförderung abgeleitet, für die Praxis verfügbar gemacht und modellhaft erprobt, beispielsweise durch Fortbildungsveranstaltungen, zielgruppenorientierte Informationsmaterialien, Erstellung von Leitlinien und Handlungsempfehlungen, Instrumentalisierung für die Aufgaben der Gefährdungsbeurteilung, Hinweise für die Gestaltung betriebsärztlicher Untersuchungen und Initiierung von komplex angelegten Aktionsprogrammen. Für Einzelbeispiele sind die Ableitung breiter Interventionsansätze und deren modellhafte Erprobung vorgesehen.

2.20

Ergänzend zu den Aktivitäten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und zu den vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie – im Rahmen des Programms „Arbeit, Umwelt und Gesundheit“ – geförderten Forschungsvorhaben fördert die Bundesregierung seit 1993 Modellvorhaben zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Dazu wurden zunächst außerbetriebliche arbeitsmedizinische mit interdisziplinärer Fachkompetenz ausgestattete Diagnose- und Beratungszentren eingerichtet. Zu deren Aufgaben gehören Beratung zur Verhaltens- und Verhältnisprävention für Betriebe und Beschäftigte, aber auch die Unterstützung bei der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung von Klein-, Mittel- und Handwerksbetrieben, sowie die Mitwirkung bei der Gesundheitsberichterstattung und der Durchführung zielgruppenspezifischer Interventionsprogramme. 1993 bis 1997 hat die Bundesregierung insgesamt 11 Modellprojekte mit 26,5 Mio DM gefördert.

Die Modellvorhaben werden entsprechend den veränderten gesetzlichen Bedingungen mit dem erweiterten Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger und der Verpflichtung der Unfallversicherungsträger und der Krankenkassen zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren weitergeführt.

2.21

Im Zuge der rechtlichen Neuordnung der gesetzlichen Unfallversicherung im Siebten Buch Sozial-

gesetzbuch und insoweit zeitgleich mit dem Arbeitsschutzgesetz ist der Präventionsauftrag der Unfallversicherungsträger mit dem Ziel, eine noch effektivere Gesundheitsschutz- und Unfallverhütungsarbeit als bisher zu gewährleisten, erweitert worden; die Aufgabe der Unfallversicherungsträger ist auf die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ausgedehnt worden. Daneben wird die Verhütung von Arbeits- (einschließlich Arbeitsweg-)unfällen und Berufskrankheiten – nicht zuletzt zur langfristigen Kostenentlastung – von den Unfallversicherungsträgern konsequent fortgeführt.

Große Bedeutung unter den berufsbedingten Schädigungen haben die von der Unfallversicherung anzuerkennenden und zu entschädigenden Berufskrankheiten. 1996 sind 93 861 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit erstattet worden; im gleichen Jahr wurden 24 274 Fälle anerkannt und 8 005 Fälle entschädigt.

Besteht bei einem Versicherten der begründete Verdacht, an einer Berufskrankheit zu leiden, hat 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 verpflichtet, mit allen geeigneten Mitteln der Gefahr des Entstehens, des Wiederauflebens und der Verschlimmerung einer Berufskrankheit entgegenzuwirken.

Die Selbstverwaltung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung hat im Jahre 1996 Grundsätze zur „Rehabilitation bei Berufskrankheiten“ herausgegeben, die unter anderem den Arbeitsplatzbezug von Rehabilitationsmaßnahmen deutlich hervorheben. In den Jahren 1993 und 1997 wurden durch entsprechende Neufassungen der Berufskrankheiten-Verordnung weitere Erkrankungen in die Berufskrankheitenliste aufgenommen, beispielsweise Krankheiten der Wirbelsäule, das Kehlkopfkarcinom nach Asbesteinwirkung, die chronische Bronchitis bei Bergleuten und die neurotoxische Wirkung von Lösungsmittelgemischen. Die Erweiterung der Liste der Berufskrankheiten um bandscheibenbedingte Erkrankungen durch langjährige mechanische Belastungen wird in vielen Unternehmen zum Anlaß genommen, Schwerpunkte für Fehlbelastungen der Wirbelsäule aufzudecken, zu reduzieren oder ganz zu beseitigen; für eine verbreitete chronisch-degenerative Erkrankung wurde damit ein Innovationschub zum Ausschöpfen des arbeitsbezogenen Präventionspotentials eingeleitet.

2.22

Seit 1997 sind die Krankenkassen aufgrund des Beitragsentlastungsgesetzes nicht mehr dafür zuständig, eigenständig Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durchzuführen. Sie sind jedoch verpflichtet, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Unfallversicherungsträgern zusammenzuarbeiten. Sie haben Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben, den Unfallversicherungsträgern zu übermitteln.

Die systematische und effiziente Ausgestaltung dieser Kooperation wurde durch eine Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Unfallversicherungsträger geregelt. Zentrales Anliegen der Vereinbarungspartner ist es, im Rahmen intensiver Zusammenarbeit durch Informations- und Erfahrungsaustausch, gemeinsame Modellvorhaben sowie durch Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Dokumentation der Ergebnisse die präventiven Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in den Betrieben zu unterstützen und die Effektivität dieser Maßnahmen zu steigern.

2.23

Der allgemeinen Gesundheitsförderung dienen Programme, die verschiedene Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in den Betrieben unter der bis 1996 geltenden Rechtslage durchführten. Von dem Forschungs- und Entwicklungsprogramm der Bundesregierung „Arbeit und Technik“ geförderte Pilotprojekte in der Schwerindustrie oder in der Kraftfahrzeugherstellung und -wartung haben gezeigt, daß Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch Reduzierung der Fehltagelast in den beteiligten Betrieben einen auch quantifizierbaren ökonomischen Nutzen aufweisen. Weniger Fehltagelast und weniger Frühinvalidität entlasten nicht zuletzt die Unfall-, Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung.

2.24

Die Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenkasse zur Früherkennung von Krebserkrankungen wurden durch eine Gesundheitsuntersuchung, „Check-up“, ergänzt. Danach haben Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Da diese Untersuchung auch auf die jeweils relevanten Risikofaktoren gerichtet ist, liegt die Chance der Gesundheitsuntersuchung nicht nur in einem möglichst frühen Behandlungsbeginn, sondern auch im rechtzeitigen Erkennen von Krankheitsstadien, die bei geeigneter Lebensführung umkehrbar sind. Ärztlicher Rat und eigenverantwortliche Vermeidung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen sowie der Aufbau von gesundheitsförderlicher Lebensweise können den Ausbruch von Krankheiten vermeiden helfen.

Die Ergebnisse der bisher durchgeführten Gesundheitsuntersuchungen deuten daraufhin, daß bereits bei den 35-jährigen Ansatzpunkte zur Beeinflussung der Entstehung chronischer Krankheiten vorhanden sein können. Die alleinige Früherkennung ohne die gleichzeitige Nutzung von Präventionsangeboten, mit denen Versicherten Hilfen zur Verbesserung seines Lebensstils im Hinblick auf die erhobenen Befunde unterbreitet werden, erscheint jedoch wenig erfolgversprechend.

Das verstärkte Auftreten von Herz- und Kreislaufkrankheiten, 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, zum Beispiel im Rahmen des Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“.

2.25

Bestehende Möglichkeiten für Vorsorge, Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung werden nur in Anspruch genommen, wenn die Betroffenen ausreichend **aufgeklärt** und vom Nutzen der angebotenen Vorsorgemaßnahmen für die eigene Gesundheit überzeugt sind sowie von der Existenz entsprechender Angebote überhaupt Kenntnis haben.

Da die demographische Situation in Deutschland anwachsende Zahlen älterer und alter Menschen und damit auch chronisch-degenerativer Erkrankungen erwarten läßt, sind effektive Präventionsmaßnahmen zur Eindämmung dieser Krankheiten unabdingbar. Reine Aufklärungsmaßnahmen sind dazu allein nicht ausreichend; vielmehr setzen Einstellungs- und Verhaltensänderungen in Richtung auf einen der individuellen Gesundheitslage angepaßten Lebensstil konkrete, auf die jeweilige Zielgruppe und ihren Lebensalltag zugeschnittene Hilfen voraus, insbesondere bei Zielgruppen mit niedrigem Bildungsniveau und Einkommen.

Bis zum Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes im Januar 1997 konnten die gesetzlichen Krankenkassen auf der Grundlage von § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Gesundheitsförderung anbieten. Die Ausgaben für solche Leistungen stiegen von 1992 bis 1995 von etwa 0,6 auf 1,3 Mrd DM, insbesondere deshalb, weil als „Gesundheitsförderung“ auch viele Aktivitäten aus Pflichtbeiträgen finanziert wurden, die weniger der gezielten Gesundheitsförderung und Prävention, sondern vor allem der Öffentlichkeitsarbeit der jeweiligen Krankenkasse dienten.

Das Beitragsentlastungsgesetz zielte auf die Begrenzung der Pflichtleistungen der Krankenkassen auf medizinisch notwendige Maßnahmen. Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen bei Schwangerschaft, Kindern und Krebs, „Gesundheits-check-up“, zahnmedizinische Individual- und Gruppenprophylaxe sowie Schutzimpfungen bleiben dabei in vollem Umfang erhalten. Auch Selbsthilfegruppen mit präventiver oder rehabilitativer Zielsetzung können die Krankenkassen weiterhin durch Zuschüsse fördern.

2.26

Darüber hinaus gibt das 2. GKV-Neuordnungsgesetz seit Juli 1997 den Krankenkassen die Möglichkeit, Gesundheitsförderung als Gestaltungsleistungen in ihr Leistungsangebot aufzunehmen. Da diese Gestaltungsleistung nur durch Beiträge allein der Versicherten finanziert werden dürfen, besteht jetzt eine wirksame Bremse gegen unzumutbare und

unwirtschaftliche Maßnahmen. Es ist noch nicht absehbar, in welchem Umfang die Krankenkassen von der Neuregelung Gebrauch machen werden.

Im übrigen richtet sich der Auftrag zur Gesundheitsförderung in erster Linie an den öffentlichen Gesundheitsdienst, für den die Länder die Verantwortung tragen. Defizite in diesen Bereichen können nicht den Krankenkassen angelastet werden.

2.27

Seit den 70er Jahren gehört das Gesundheitstraining als „Hilfe zur Selbsthilfe“ zum unverzichtbaren Bestandteil des Rehabilitationskonzepts der Rentenversicherung. Wissen vermitteln, Einsichten schaffen und auf diese Weise lernen ist Ausgangspunkt und wesentlicher Inhalt des Gesundheitstrainings mit dem Ziel der Förderung positiver und der Verhinderung schädlicher Verhaltensweisen. Auf der Basis indikations- oder problembezogener Curricula, die 1995 entwickelt wurden, wird die Möglichkeit eröffnet, Besonderheiten und Schwerpunkten im Rahmen des Gesundheitstrainings während stationärer Rehabilitationsmaßnahmen Rechnung zu tragen. Das Gesundheitstraining ist auch wichtiges Merkmal im Programm der Rentenversicherung zur Sicherung der Strukturqualität ihrer Rehabilitation.

3. Medizinische Rehabilitation

3.1

Die medizinische Rehabilitation hat sich teils als Bestandteil, teils neben der Krankenbehandlung zu einer wichtigen Aufgabe der gesundheitlichen Versorgung entwickelt. Sie trägt wesentlich dazu bei, Krankheiten und daraus erwachsende Behinderungen – und damit zum Beispiel Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und andere Sozialleistungen – zu vermeiden. Ihre Bedeutung wird sich mit der Zunahme chronischer Krankheiten – auch wegen der zunehmenden Zahl älterer Menschen – weiter erhöhen.

Nach § 10 des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes sollen die **medizinischen Leistungen zur Rehabilitation** 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 rehabilitationsspezifisch; 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 zum Beispiel 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 oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt 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.

3.2

Daß die jeweiligen Rehabilitationsträger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (nur) im Rahmen ihrer generellen Aufgabenstellung erbringen, wird insbesondere bei der **Rentenversicherung** deutlich, die auch medizinisch notwendige Leistungen nur dann erbringt, wenn diese Leistungen im Hinblick auf zusätzliche, gesetzlich vorgegebene 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 Fünften 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. Andererseits bleibt abzuwarten, welche Auswirkungen die im Rentenreformgesetz 1999 vorgesehene Reform der Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit auf die Rehabilitation haben wird.

Nach dem – im Siebten Buch Sozialgesetzbuch seit 1997 neu geordneten – Recht der **Unfallversicherung**

haben die Leistungen zur Heilbehandlung und zur Rehabilitation Vorrang vor Rentenleistungen und sind „mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig“ zu erbringen. In der **Krankenversicherung** gehören ambulante Rehabilitationsleistungen teilweise zu der durch Sicherstellungsauftrag den Kassenärzten überlassenen kassenärztlichen Versorgung; teilweise können sie den vertragsärztlichen Leistungen zugeordnet werden. Für andere Formen der – teils stationär, teils ambulant durchzuführenden – medizinischen Rehabilitation ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung lediglich ein Ordnungsrecht (verbunden mit einer Ordnungspflicht) vorgesehen; es ist damit Sache der Krankenkassen, Rehabilitation effizient und wirtschaftlich zu organisieren und hierbei in geeigneter Weise kassenärztliche oder andere Versorgungsstrukturen in Anspruch zu nehmen.

3.3

Das Beitragsentlastungsgesetz sowie das 1. und das 2. GKV-Neuordnungsgesetz haben unter anderem die Rechtsgrundlagen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch geändert. Die Gesetze zielen darauf ab,

- den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auf das medizinisch Erforderliche zu konzentrieren,
- die Eigenverantwortung der Versicherten zu verstärken und
- Wirtschaftlichkeitsreserven im System der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschöpfen.

Das Beitragsentlastungsgesetz, das im Januar 1997 in Kraft getreten ist, hat die Regeldauer ambulanter und stationärer Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen auf drei Wochen verkürzt und den Zeitraum für die Wiederholung solcher Maßnahmen auf vier Jahre verlängert. Allerdings kann von diesen Vorgaben abgewichen werden, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist; dies müssen die Krankenkassen im Einzelfall prüfen. Durch das Gesetz sind ferner die Zuzahlungen auf täglich 25 DM (West) und 20 DM (Ost) angehoben worden; Kinder sind von den Zuzahlungen auch künftig befreit. Das ebenfalls 1997 in Kraft getretene 1. GKV-Neuordnungsgesetz enthält zwar keine Neuregelungen unmittelbar für den Rehabilitationsbereich, schreibt aber bei Beitragssatzerhöhungen erhöhte Zuzahlungen vor und räumt ein außerordentliches Kündigungsrecht ein. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde die Krankenhauszuzahlung auf täglich 17 DM (West) und 14 DM (Ost) erhöht; diese Sätze gelten auch für Mütterkuren und Anschlußrehabilitation. Die Härtefallregelungen (Sozial- und Überforderungsklausel) sorgen allerdings dafür, daß Kranke und Behinderte die medizinisch notwendige Versorgung in vollem Umfang erhalten und nicht durch gesetzliche Zuzahlungen unzumutbar belastet werden. Für chronisch Kranke hat das 1. GKV-Neuordnungsgesetz die Überforderungsklausel erheblich verbessert.

3.4

In der Rentenversicherung hatten entsprechende Änderungen der Regeldauer und der Regelintervalle sowie bei den Zuzahlungen erhebliche Auswirkungen auf die Bereitschaft der Versicherten zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und auf das Antragsverhalten; in gleicher Richtung wirkt das im Januar 1997 in Kraft getretene arbeitsrechtliche Beschäftigungsförderungsgesetz mit Möglichkeiten der Urlaubsanrechnung und der Senkung der Lohnfortzahlung. Schon im zweiten Halbjahr 1996 war ein Antragsrückgang von 18,3 v. H. in den alten und 8,5 v. H. in den neuen Bundesländern festzustellen. Dieser Trend hat sich im Jahre 1997 erheblich verstärkt; von Januar bis Oktober 1997 ist im Vergleich zu den Vorjahresmonaten ein Antragsrückgang in den alten Bundesländern von 28,4 v. H., in den neuen Bundesländern von 18 v. H. zu verzeichnen. Die durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz zusätzlich vorgegebene globale Ausgabenreduzierung hat dagegen bisher nicht dazu geführt, daß Träger der Rentenversicherung individuell benötigte Rehabilitationsleistungen ablehnen oder zurückstellen mußten. Allerdings ging die Auslastung der Betten in den von der Rentenversicherung belegten Rehabilitationseinrichtungen deutlich zurück, und zwar von über 90 auf rund 70 v. H.

Entsprechendes gilt für die Entwicklung ambulanter und stationärer Kuren in der Krankenversicherung; hier sanken die Ausgaben im ersten Halbjahr 1997 gegenüber 1996 um über 40 v. H., während die für Mütterkuren etwa stagnierten und die für Anschlußrehabilitation sich um durchschnittlich rund 10 v. H. erhöhten.

3.5

Die gesetzliche Rentenversicherung erbrachte ihre Rehabilitationsleistungen bisher „vor allem stationär“ in eigenständigen Rehabilitationskliniken; diese mißverständliche, dem allgemeinen Grundsatz „ambulant vor stationär“ widersprechende rechtliche Vorgabe ist seit Januar 1997 entfallen. Die Leistungen der Rentenversicherung sind geprägt durch differenzierte und spezialisierte Rehabilitationskonzepte, die sich – bezogen allerdings meist auf den Gesundheitsschaden, dagegen nicht immer auf das konkrete Eingliederungsziel – am individuellen Rehabilitationsbedarf ausrichten. Die Rehabilitanden sollen in die Lage versetzt werden, ihre während der Rehabilitation erlernten Trainingsprogramme und Verhaltensveränderungen auch nach der Rehabilitationsmaßnahme fortzusetzen und den initiierten Prozeß des gesundheitsbewußten Umgangs mit der Krankheit oder Behinderung in ihr tägliches Leben zu integrieren.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien hat in den vergangenen Jahren eine ständige, indikationsbezogene Anpassung der Leistungsdauer an den vorliegenden Rehabilitationsbedarf stattgefunden. Bereits seit 1995 werden Rehabilitationsmaßnahmen in geeigneten Fällen mit einer Dauer von drei Wochen erbracht; ab Januar 1997 wurde dieser Zeitraum als

Regeldauer gesetzlich festgelegt. Wie in der Krankenversicherung ist eine längere Rehabilitation möglich, wenn dies zur Erreichung des Rehabilitationsziels erforderlich ist; dies kann insbesondere in den Bereichen Onkologie, Psychosomatik, Neurologie und Suchterkrankungen der Fall sein.

Daneben führt die Rentenversicherung ambulante Leistungen bisher insbesondere als Nachsorge in dafür geeigneten Krankheitsbereichen wie rheumatische Erkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Sucht durch. Im Sinne eines umfassenden Rehabilitationsangebotes werden diese Nachsorgeleistungen als medizinische Leistungen erbracht und stellen eine wichtige Ergänzung des Rehabilitationsangebotes der Rentenversicherung dar.

3.6

Die Medizin hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten bedeutende Fortschritte auf dem Gebiet der Notfall- und Intensivmedizin gemacht: Selbst nach schweren Hirnverletzungen und -erkrankungen überleben heute mehr Menschen als je zuvor. Dieser Entwicklung mußte und muß sich auch die Rehabilitation anpassen; nur so können Betroffene mit schwersten Verletzungen wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden. Aber auch der Wandel des Krankheitsspektrums und die demographische Entwicklung der Bevölkerung erfordern ein Umdenken in der medizinischen Versorgung. Die Therapie akuter Krankheitsbilder spielt zwar eine unveränderte wichtige Rolle, aber mit der stetigen Zunahme von chronischen Erkrankungen gewinnen die Fragen des Lebens und Überlebens mit einer verbleibenden Behinderung sowie des Umgangs und der Auseinandersetzung mit der Behinderung zunehmend an Bedeutung.

Schon heute ist im Krankenhaus unter den Rehabilitationsbedürftigen ein besonders hoher Anteil älterer Menschen zu finden. Nahezu die Hälfte aller Behandlungstage entfällt gegenwärtig auf Menschen über 65 Jahre. Dieser Anteil wird mit der Zunahme der Zahl älterer Menschen in den nächsten Jahren weiter steigen. Für den Personenkreis der älteren Menschen geht es vor allem darum, mit Hilfe geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern.

3.7

Unter Fachleuten ist es heute unbestritten, daß Rehabilitationserfolge und -chancen um so größer sind, je frühzeitiger und umfassender die Rehabilitationsmaßnahmen einsetzen. Eine erfolgreiche Rehabilitation setzt daher voraus, daß sich – neben den Vertragsärzten – die Krankenhäuser als erstes Glied in der Rehabilitationskette verstehen und Maßnahmen der Frührehabilitation in die Akutbehandlung integrieren. In den Krankenhäusern werden jedoch teilweise rehabilitative Aufgabenstellungen bisher nur unzureichend berücksichtigt.

Als eine Möglichkeit der Verbesserung dieser Situation werden derzeit in unterschiedlichen Modelleinrichtungen fachübergreifende Rehabilitations-Abteilungen in die Abläufe von Krankenhäusern eingebunden. Die Ärzte und Therapeuten der fachübergreifenden Rehabilitationsabteilungen wirken vom ersten Tag an der Behandlung der Betroffenen in den Akutabteilungen mit und erfassen ihren Rehabilitationsbedarf. Zum frühestmöglichen Zeitpunkt sollten die Betroffenen in eine solche Rehabilitationsabteilung verlegt und die medizinische Behandlung dort nach den Vorgaben der Fachabteilung weitergeführt werden, wobei der Schwerpunkt jetzt aber bei den Rehabilitationsmaßnahmen liegt; wer ein hochspezialisiertes Rehabilitationsprogramm benötigt, sollte nahtlos in eine fachspezifische Rehabilitationseinrichtung verlegt werden. Ziele der fachübergreifenden Rehabilitationsabteilungen in Krankenhäusern sind

- die Verbesserung der Lebensqualität und Optimierung der Heilungschancen,
- die Senkung der Kosten für Pflegefälle sowie
- eine Reduzierung der Verweildauer und Kostensenkung im Akutbereich.

Die fachübergreifende Rehabilitation bedeutet ein fundamentales Umdenken hin zu einer zunehmend rehabilitativ ausgerichteten Behandlung. Hierbei sind alle Beteiligten gefordert:

- Die Krankenhäuser müssen die Bereitschaft für strukturelle Änderungen zeigen. Sie müssen insbesondere überprüfen, ob zum Beispiel die räumlichen Möglichkeiten für die Schaffung einer fachübergreifenden Rehabilitationseinrichtung vorhanden sind oder durch „Umwidmung“ von Krankenhausbetten geschaffen werden können.
- Die Krankenkassen müssen sich öffnen, was die Übernahme der laufenden Kosten für die Rehabilitation im Krankenhaus betrifft. Eine adäquate Rehabilitation ist nur möglich, wenn qualifiziertes Personal in ausreichendem Maße zur Verfügung steht.
- Die übrigen Träger der medizinischen Rehabilitation müssen bereit sein, im Anschluß an die Behandlung im Krankenhaus zum frühestmöglichen Zeitpunkt die weitere Rehabilitation zu übernehmen; das gilt – im Rahmen ihrer Aufgabenstellung – vor allem für die Träger der Rentenversicherung.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat bisher zwei Modelleinrichtungen der fachübergreifenden Frührehabilitation in Ingolstadt und Meppen gefördert. Vier Einrichtungen in Kempen, Witten-Herdecke, Eschweiler und Heide befinden sich derzeit im Bau; mit dem Bau dreier weiterer Einrichtungen in Bad Neuenahr, Pasewalk und Halle soll 1998 begonnen werden. Für diese Projekte wird das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung insgesamt rund 65 Mio DM zur Verfügung stellen. Die Arbeit der fachübergreifenden Rehabilitationsabteilung in Ingolstadt wird wissenschaftlich begleitet; über vier Jahre wird die Effektivität der im Rah-

men des Modellversuchs angebotenen Rehabilitationsmaßnahmen untersucht.

3.8

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch enthält den Auftrag an die Verbände der Krankenkassen, Verträge mit den Krankenhausgesellschaften abzuschließen über

- die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie über Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,
- den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege sowie
- die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben Empfehlungen zum Inhalt der Verträge gegeben; entsprechende Vereinbarungen sind in den meisten Ländern getroffen.

Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz hat für die gesetzliche Krankenversicherung die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung auf Bundesebene im Leistungsbereich „Kuren und Rehabilitation“ erweitert, und zwar über Rahmenempfehlungen sowohl für ambulante als auch für stationäre medizinische Vorsorge – und Rehabilitationsmaßnahmen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Organisationen der ambulanten und stationären Vorsorge – und Rehabilitationseinrichtungen sollen gemeinsam Rahmenempfehlungen über medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsleistungen abgeben. Die Empfehlungen erstrecken sich auf Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung, die bundeseinheitlich geregelt und gehandhabt werden sollten. Zu den Regelungsgegenständen zählen unter anderem Umfang und Inhalt der Zusammenarbeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Vertragsärzten und Krankenkassen, die Konkretisierung der Ziele und Inhalte von medizinischen

Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, die Definition von Indikationskriterien einschließlich der Festlegung der individuellen Voraussetzungen unter Beachtung der Vorrangigkeit ambulanter Behandlungsmöglichkeiten; dies soll dazu beitragen, die Zielgerichtetheit medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu verbessern.

3.9

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 stationärer, spezialisierter Facheinrichtungen neben der – ambulanten und stationären – kurativen Versorgung herausgebildet; die Rentenversicherung hat insoweit auch die Planung von Angeboten und Einrichtungen übernommen. Obwohl ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Möglichkeit – nicht zuletzt zum besseren Bezug auf das individuelle Berufsleben – der Vorzug zu geben ist, bleibt die Vorhaltung eines stationären Versorgungsangebots, insbesondere für die Erstversorgung schwerer gesundheitlicher Störungen und eine sich daran unmittelbar anschließende Anschlußrehabilitation unverzichtbar. Die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung soll, wenn sie in der Sache geboten ist, so früh wie möglich erfolgen. 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 behandelt. 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 Gesundheitsbildung Rechnung.

Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung *)

Jahr	alte Bundesländer			neue Bundesländer			insgesamt		
	Leistungen insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in v. H.	je 1 000 Beschäftigte	Leistungen insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in v. H.	je 1 000 Beschäftigte	Leistungen insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in v. H.	je 1 000 Beschäftigte
1991	791 168	8,6	34	48 621	–	–	839 789	15,3	–
1992	854 883	8,1	36	63 822	31,3	9	918 705	9,4	31
1993	863 344	1,0	37	80 939	26,8	13	944 283	2,8	32
1994	847 828	-1,8	37	116 073	43,4	19	963 901	2,1	33
1995	839 015	-1,0	37	146 400	26,1	25	985 415	2,2	34
1996	847 831	1,1	37	173 739	18,7	30	1 021 570	3,7	36

*) Einschließlich Auftragsheilbehandlungen für die Krankenversicherung nach § 40 Abs. 2 SGB V

**Aufwendungen für medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation
in der gesetzlichen Rentenversicherung *)**

Jahr	alte Bundesländer		neue Bundesländer		insgesamt	
	Aufwendungen in Tsd. DM	Veränderung zum Vorjahr in v. H.	Aufwendungen in Tsd. DM	Veränderung zum Vorjahr in v. H.	Aufwendungen in Tsd. DM	Veränderung zum Vorjahr in v. H.
1990	5 177 861	2,0	–	–	5 177 861	2,0
1991	5 765 365	11,3	170 943	–	5 936 308	14,6
1992	6 349 914	10,1	307 648	80,0	6 657 562	12,1
1993	7 087 898	11,6	487 612	58,5	7 575 510	13,8
1994	7 321 173	3,3	807 081	65,5	8 128 254	7,3
1995	7 363 564	0,6	1 178 981	46,1	8 542 545	5,1
1996	7 205 449	-2,1	1 417 230	20,2	8 622 679	0,9

*) ohne Zahlungen der Rentenversicherungsträger untereinander und ohne Zuwendungen

3.10

Die Rentenversicherung hat 1994 ein **Qualitätssicherungsprogramm** für die medizinische Rehabilitation eingeführt, das nach einer mehrjährigen Umsetzungs- und Erprobungsphase mit wissenschaftlicher Begleitung ab Mitte 1997 in die Routine überführt wurde. An dem Programm beteiligen sich seit Anfang 1996 alle rentenversicherungseigenen und von der Rentenversicherung federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen. Im Rahmen des Programms werden vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität vorgenommen. Grundlage sind Datenerhebungen mit wissenschaftlich erprobten Instrumenten und Verfahren; neben den Strukturhebungen über Rehabilitationseinrichtungen werden regelmäßig Rehabilitandenbefragungen und laufende Einzelfallbegutachtungen auf der Basis von Stichproben durchgeführt. Damit steht ein klinikvergleichendes Informationssystem mit regelmäßigen Berichten an die Einrichtungen zur Verfügung, das einen qualitätsbezogenen Wettbewerb fördert und den Einrichtungen Anregungen zur qualitativen Weiterentwicklung gibt. Zentrales Element der internen Qualitätssicherung ist der Aufbau von Qualitätszirkeln in den Einrichtungen. Die Krankenversicherung hat signalisiert, daß sie sich zukünftig an dem Qualitätssicherungsprogramm beteiligen wird.

3.11

Um die möglichst frühzeitige Einleitung rehabilitativer Maßnahmen sicherzustellen und die damit verbundenen Chancen für die Rehabilitation zu nutzen, hat die Rentenversicherung in Zusammenarbeit mit der Krankenversicherung das Verfahren zur Einleitung der sog. **Anschlußrehabilitation** (früher: Anschlußheilbehandlung) entwickelt, welches regelmäßig überprüft und neueren medizinischen Erkenntnissen und Erfahrungen angepaßt wird. Wie bei allen medizinischen Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung muß auch für die Anschlußrehabilitation Erfolgsaussicht bestehen, daß durch die Maß-

nahme die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann. Außerdem sollen in der Regel die speziellen medizinischen Voraussetzungen erfüllt sein; dazu gehört, daß die Akutphase der Krankheit abgeklungen und die Wundheilung (zum Beispiel nach Operationen) abgeschlossen sind. Weiterhin sollen die Rehabilitanden in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen, anzuziehen und die Toilette zu benutzen; darüber hinaus müssen Transportfähigkeit und zumindest begrenzte Gehfähigkeit gegeben sein. In den derzeit laufenden Gesprächen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern wird angestrebt, auch auf der seit 1997 geltenden Gesetzeslage ein möglichst einheitliches und unbürokratisches Verfahren zu verwirklichen, wobei unter anderem eine noch stärkere Nutzung der ambulanten und teilstationären Rehabilitation auch im Bereich der Anschlußrehabilitation angestrebt wird.

Seit 1993 bedienen sich die Träger der Unfallversicherung eines ähnlichen Konzepts, der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung. Inzwischen gibt es rund 100 von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassene Kliniken, in denen im Anschluß an die Akutbehandlung, die nicht in einer berufsgenossenschaftlichen Klinik mit umfassender Infrastruktur durchgeführt wird, geeignete Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation unter Kontrolle des Durchgangsarztes und in Steuerung durch die Unfallversicherungsträger fortgeführt werden.

3.12

Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen hängen wesentlich ab von einer gezielten **Zuordnung der Rehabilitanden** zum richtigen Zeitpunkt zu einer ihren spezifischen Bedürfnissen entsprechenden Einrichtung. Die Suche nach einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung gestaltet sich insbesondere für Betroffene mit einem speziellen Rehabilitationsbedarf oft schwierig und zeitaufwendig.

In einem „Verzeichnis spezialisierter Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation“ hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation daher seltene Indikationen, besondere therapeutische und diagnostische Verfahren sowie besondere Aufnahmemöglichkeiten benutzerorientiert aufgelistet. Diese Angaben sind außer in einer Broschüre auch in der Datenbank REHADAT abrufbar.

Neben der Bewertung des zeitnahen Krankheitsgeschehens ist die Würdigung der Krankheitsentwicklung und der damit verbundenen funktionellen Einschränkungen im Berufsleben entscheidend für die Auswahl und rechtzeitige Durchführung medizinischer Rehabilitationsleistungen. Hierbei sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten Jahre von grundlegender Bedeutung. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hat deshalb ein Verfahren zur Übermittlung diagnosebezogener Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Krankenkassen im Zusammenhang mit Rehabilitationsanträgen („AUD-Verfahren“) entwickelt, das die Entscheidung über die Anträge wirksam unterstützt. Hierbei werden als zusätzliche Informationsgrundlage von den gesetzlichen Krankenkassen die Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen sowie durchgeführte Rehabilitationsleistungen und Krankenhausaufenthalte der vergangenen drei Jahre erhoben.

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind grundsätzlich in zumindest ausreichender Zahl vorhanden. Gegenstand von Reformüberlegungen ist, wie die stationäre Rehabilitation insbesondere 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.

3.13

Eine durch den Vorstand des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger 1989 eingesetzte 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. Aus den im Jahre 1991 vorgelegten Empfehlungen der Kommission sind zahlreiche Initiativen und Projekte zur qualitativen Weiterentwicklung der Rehabilitation hervorgegangen. Zu den wichtigsten zählt die Verbesserung des Zugangs und der Versichertenbetreuung; hierzu wurden Modellvorhaben zur rechtzeitigen Einleitung bei längerer oder häufiger Arbeitsunfähigkeit chronisch Kranker durch Auswertung von Routinedaten der Krankenkassen durchgeführt, und die Rentenversicherung strebt in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen

eine flächendeckende Einführung eines Anregevorgangens bei arbeitsunfähigen, rehabilitationsbedürftigen Versicherten an.

3.14

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen finden gegenwärtig noch fast ausschließlich in stationärer Form statt. Dabei ist es mittlerweile unstrittig, daß

- die Zunahme chronischer Erkrankungen,
- die Multimorbidität im Alter,
- der Anspruch auf ambulante Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit sowie
- die demographische Entwicklung mit der Zunahme älterer Menschen

eine wohnortnahe nichtstationäre Rehabilitation erfordern. Auch die ambulant mobile geriatrische Rehabilitation muß ausgebaut werden.

Auch vor dem Hintergrund knapper werdender finanzieller Ressourcen auf Seiten der Rehabilitationsträger muß die nichtstationäre Rehabilitation an Bedeutung gewinnen. Die Bundesregierung verbindet mit der nichtstationären Rehabilitation die Hoffnung, daß sie wirtschaftlicher ist, weil jeweils nur diejenigen rehabilitativen Maßnahmen erbracht werden, die zur Erreichung des Rehabilitationsziels nötig sind. Folgerichtig steht gegenwärtig die Forderung nach einer Flexibilisierung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Mittelpunkt der rehabilitationspolitischen Diskussion. Dabei sind stationäre Maßnahmen nicht völlig oder größtenteils durch ambulante oder teilstationäre Maßnahmen zu ersetzen; es geht auch darum, die stationären Rehabilitationsmaßnahmen durch nichtstationäre Leistungen fortzuführen und zu ergänzen sowie nichtstationäre Maßnahmen als Nachsorge zu stationären Rehabilitationsleistungen einzusetzen. Darüber hinaus wird mit der ambulanten Rehabilitation die Erwartung verknüpft, diejenigen Personen zu erreichen, die ein wohnortfernes stationäres Rehabilitationsangebot nicht annehmen, sowie im Einzelfall notwendige Wartezeiten auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll zu überbrücken.

3.15

Zur Verwirklichung des Prinzips „**ambulant vor stationär**“ ist es erforderlich, verstärkt qualifizierte ambulante wohnortnahe Rehabilitationsangebote aufzubauen. Als Leitlinie für den Aufbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsdeckenden ambulanten Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten Leistungsgewährung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Unfallversicherungsträger gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im November 1995 Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vorgelegt. Diese Rahmenempfehlungen stellen eine einheitliche Konzeption der ambulanten medizinischen Rehabilitation dar,

die auf den für den stationären Bereich konzipierten Rehabilitationsgrundsätzen aufbaut. Sie beziehen sich auf Behandlungsgrundsätze ebenso wie auf die Zusammensetzung des Rehabilitationsteams und die Qualifikation seiner Mitglieder. Weitere Schwerpunkte sind die Regelung der sozialmedizinischen Begutachtung sowie qualitätssichernde Maßnahmen, die auf Vorgaben für die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen aufbauen.

Die Indikationen und die persönlichen Voraussetzungen der Rehabilitanden wurden entsprechend den Besonderheiten der ambulanten Maßnahme festgelegt. Entsprechend ihrem Charakter als Rahmenempfehlungen werden sie durch Rehabilitationskonzepte für die bedeutsamsten Krankheits- und Behinderungsarten ergänzt, die jeweils den spezifischen Anforderungen an die ambulante medizinische Rehabilitation Rechnung tragen und gleichzeitig der Entwicklung von Anforderungsprofilen und Qualitätsstandards für den Aus- und Aufbau der ambulanten Versorgungsstruktur dienen.

Das gemeinsame Vorgehen aller Rehabilitationsträger auf dem Gebiet der nichtstationären Rehabilitation beschränkte sich zunächst nur auf das Modellvorhaben „Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZAR)“ in Berlin, einer Einrichtung für orthopädische und neurologische Erkrankungen, deren Ausstattung vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung mit rund 2,6 Mio DM gefördert wurde. Die Bundesregierung hat es daher begrüßt, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger im Mai 1996 eine „Empfehlungsvereinbarung über die Durchführung von Modellvorhaben zur ambulanten/teilstationären Rehabilitation in Wohnortnähe“ verabschiedet haben. Diese Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren, soweit im Rahmen von Modellvorhaben ambulante und teilstationäre medizinische Rehabilitationseinrichtungen sowohl von der Renten- als auch von der Krankenversicherung in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus regelt sie die Auswahl und wissenschaftliche Begleitung gemeinsamer Erprobungsmodelle, in denen ab Herbst 1997 unterschiedliche Organisationsformen erprobt werden, um Erkenntnisse über ihre Eignung zu gewinnen.

Ein ganzheitlicher und interdisziplinärer Rehabilitationsansatz erfordert eine Zusammenarbeit aller dafür relevanten Berufsgruppen im Rehabilitationsteam. Hierfür sind besondere Organisationsformen notwendig, die nur im stationären Bereich seit Jahren bestehen. Für die Erprobung ambulanter und teilstationärer Rehabilitation werden zum einen in Ballungsräumen ambulante und teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen aufgebaut. Zum anderen sollen vorhandene Strukturen erweitert werden, indem geeignete Rehabilitationskliniken auch ambulante und teilstationäre Rehabilitationsleistungen anbieten. Ambulante und teilstationäre Rehabilitation soll danach nicht in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhausambulanzen durchgeführt werden, weil sich der Behandlungsauftrag in der Akutversorgung von dem der Rehabilitation substantiell unterscheidet.

3.16

Die Flexibilisierung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation erfordert zunächst den Aufbau entsprechender nichtstationärer Rehabilitationseinrichtungen. In Betracht kommen dabei verschiedene Organisationsformen, zum Beispiel in Anbindung an wohnortnahe Rehabilitationskliniken, an Krankenhäuser oder als eigenständiges, nichtstationäres Rehabilitationszentrum unter ärztlicher Leitung und Verantwortung mit einem interdisziplinären Therapeutenteam. Die Entscheidung, ob eine nichtstationäre Rehabilitation durchgeführt wird, muß durch den jeweiligen Rehabilitationsträger erfolgen, und zwar in der Krankenversicherung durch den Medizinischen Dienst in Form eines Gutachtens sowie in der Rentenversicherung anhand eines sozialmedizinischen Gutachtens.

Als Grundlage für Entscheidungen der Rehabilitationsträger im Einzelfall, Rehabilitationsleistungen in nichtstationärer Form vorzunehmen, müssen die Schweregrade festgelegt werden, die für eine nichtstationäre Rehabilitation in Betracht kommen. Dabei ist zwischen der teilstationären und der ambulanten Rehabilitation im engeren Sinne zu differenzieren: Je nach Schweregrad kann für einen Betroffenen eine teilstationäre Rehabilitation erforderlich, für einen anderen dagegen eine ambulante Rehabilitation zur Erreichung des Rehabilitationsziels ausreichend sein. Durch die Erstellung und Nutzung entsprechender Kriterien können außerdem überflüssige Maßnahmen und damit Kosten vermieden werden.

Rehabilitationsfachleute haben daher für die Bereiche Geriatrie, Orthopädie, Neurologie und Kardiologie die Schweregrade für die ambulante Rehabilitation zusammengestellt und im Sachverständigenbeirat „Pflegeversicherung/Medizinische Rehabilitation“ des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung beraten. Das Leistungsangebot muß entsprechend der Forderung nach einer ganzheitlichen interdisziplinären Rehabilitation die folgende Bestandteile enthalten:

- ärztliche Rehabilitations-Diagnostik, Leitung, Planung und Überwachung des Rehabilitationsprogramms,
- Krankengymnastik,
- Bewegungstherapie,
- Ergotherapie,
- Sprachtherapie,
- psychologische Einzelberatung,
- psychosoziale Beratung und Betreuung,
- Gesundheitstraining sowie
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Die nichtstationäre Rehabilitation erfordert schließlich für jeden Indikationsbereich spezielle Rehabilitationskonzepte und für jeden Rehabilitanden eine individuelle Rehabilitationsdiagnose. Auf deren Grundlage ist ein individueller Rehabilitationsplan zu erstellen, der durch ein interdisziplinäres Therapeutenteam vollzogen wird. Rehabilitationsziel ist die schrittweise Wiedereingliederung in das private und – soweit möglich – das berufliche Umfeld.

3.17

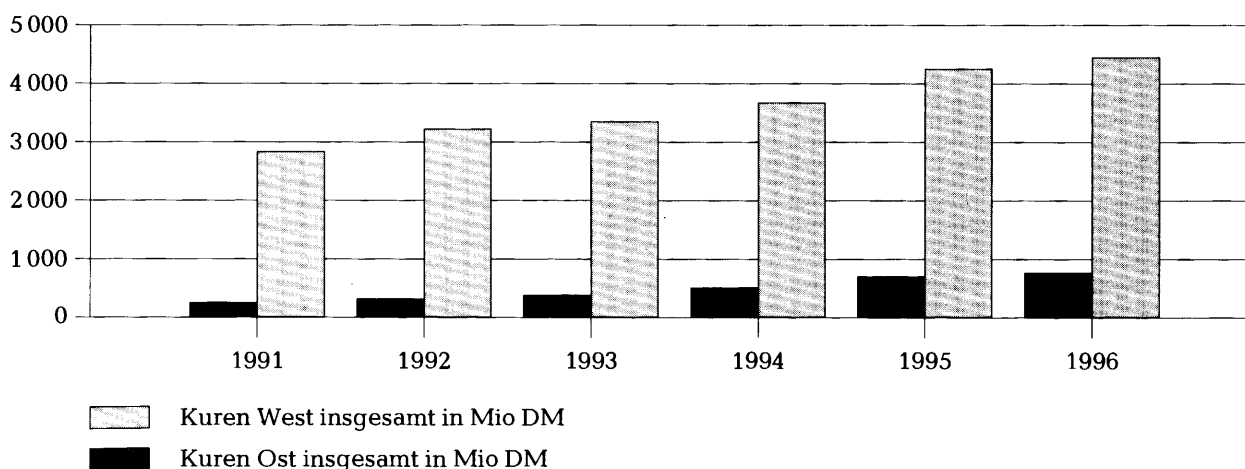
In der gesetzlichen Unfallversicherung ergänzt seit 1994 die „**Erweiterte ambulante Physiotherapie**“ das Leistungsspektrum. Seither haben die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften fast 250 solcher Einrichtungen zugelassen, in denen schwere Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates ambulant und von einem interdisziplinären Team, unter der Kontrolle eines Durchgangsarztes mindestens an allen Werktagen und mehr als 2 Stunden täglich behandelt werden. Durch die komplexe und wohnortnahe Therapie werden die Behinderten früher wieder in den Arbeitsprozeß eingegliedert, der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ wird umgesetzt und insgesamt können – entsprechend

einer Untersuchung nach einer Kreuzbandruptur – weit über 10 000 DM pro Fall gespart werden, weil sich die Arbeitsunfähigkeitszeiten verringern.

3.18

Für den Bereich der gesetzlichen **Krankenversicherung** bestimmt § 40 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, daß medizinische Rehabilitation vorrangig nichtstationär durchzuführen ist, soweit dadurch der gleiche Erfolg wie mit stationären Maßnahmen erreicht werden kann. Bei den Krankenkassen verlief die Ausgabenentwicklung bei Vorsorge- und Rehabilitationskuren und -maßnahmen 1991 bis 1996 wie folgt (in Mio DM):

Jahr	Ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskuren	Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (ohne Anschlußrehabilitation)	Anschlußrehabilitation	Mütterkuren
Bundesgebiet West				
1991	520,57	1 578,13	658,39	153,35
1992	471,11	1 712,33	808,62	193,48
1993	443,29	1 615,12	911,15	266,17
1994	460,88	1 777,33	1 121,43	357,8
1995	484,59	2 031,34	1 315,41	457,1
1996	468,31	1 840,87	1 530,2	572,44
Bundesgebiet Ost				
1991	8,42	78	6,24	0,62
1992	17,68	194,24	26,64	3,62
1993	18,34	226,25	73,11	7,39
1994	20,8	343,57	165,28	32,06
1995	21,30	459,14	242,22	77,74
1996	23,72	435,01	306,71	94,14



3.19

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat sich zu einem wirksamen Instrument der sozialmedizinischen Begutachtung insbesondere auf dem Gebiet der Rehabilitation entwickelt. Die Ärzte im Medizinischen Dienst werden weiter- und fortgebildet, um dem steigenden Bedarf der Krankenkassen und ihrer Verbände an kompetenter medizinischer Beratung in den rehabilitativen Fragen sowie in Grundsatz- und Strukturfragen gerecht werden zu können. Die bereits vorliegenden Begutachtungsanleitungen (bei Schwerhörigkeit und zur Hörgeräteversorgung, bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen und zu Behandlungsindikationen bei Venenerkrankungen) werden bei Bedarf geänderten Rahmenbedingungen angepaßt. Die Begutachtungsanleitungen „Dermatologie/Allergologie“ sowie „Vorsorge und Rehabilitation“ werden vorbereitet oder überarbeitet.

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 muß Norm werden, insbesondere bei abweichenden Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Medizinische 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 der Rehabilitanden aus der am passiven Behandelwerden orientierten Patientenrolle sein, und zwar hin zum aktiven Mithandeln.

3.20

Das Gesundheitswesen in Deutschland gewährleistet den gleichberechtigten Zugang von Frauen und Männern zu Gesundheitsdiensten und Einrichtungen unabhängig von Geschlecht, Alter, sozialem Stand und Behinderung. Jede und jeder erhält die zur bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung individuell notwendigen Leistungen. Hierzu gehört auch, daß spezifische Probleme und Anforderungen für die gesundheitliche Versorgung, die sich aus Art und Umfang von Behinderungen ergeben, zu berücksichtigen sind. Die Fortschritte der Medizin und Medizintechnik kommen somit auch **Frauen mit Behinderungen** zugute.

In der psychiatrischen Versorgung gibt es ein wachsendes Interesse an geschlechtsspezifischen Fragen der Versorgung. Während die ersten Jahre der Psychiatriereform von dem Bemühen geprägt waren, die Geschlechtertrennung in den großen psychiatrischen Krankenhäusern aufzuheben, wird inzwischen eine partielle Geschlechtertrennung zumindest wieder diskutiert, um Frauen vor sexueller Ausbeutung und anderen Formen geschlechtsspezifischer Erwartungen zu schützen. In Fortsetzung der Reformdis-

kussion hat zum Beispiel das Senatsamt für Gleichstellung der Freien und Hansestadt Hamburg eine Untersuchung gefördert, auf deren Grundlage Empfehlungen für eine frauengerechte stationäre Psychiatrie erarbeitet wurden. Die Empfehlungen gehen davon aus, daß die Lebensrealitäten psychisch kranker Frauen eigene Erklärungskonzepte und Therapieansätze erfordern und daß weibliche Lebenszusammenhänge bisher nicht genügend berücksichtigt werden. Sie enthalten Vorschläge für Veränderungen bei der Gestaltung des therapeutischen Milieus auf den Stationen, für eine frauenorientierte Diagnose, Behandlung und Prognose, für eine Fort- und Weiterbildung des Personals und organisatorische Veränderungen.

3.21

Für ein modernes Verständnis medizinischer Rehabilitation ist die Tätigkeit von **Selbsthilfegruppen** unverzichtbar, die die professionell arbeitenden medizinischen und sozialen Dienste ergänzen. Die Mitarbeit der Versicherten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen setzt ihre Motivation, Information und Anleitung durch die an der Rehabilitation beteiligten Personen, Dienste und Organisationen des Gesundheitswesens voraus. Entsprechend der Vielfalt unterschiedlicher Behinderungen und Erkrankungen gestaltet sich auch das Spektrum der Behinderten- und Gesundheitsselfhilfeorganisationen und der ihnen angeschlossenen Selbsthilfegruppen.

In Deutschland engagieren sich derzeit 2,65 Mio Menschen in 70 000 Selbsthilfegruppen; dies sind 4,2 v. H. der 18- bis 80jährigen Bürgerinnen und Bürger. Zwei Drittel aller Selbsthilfegruppen arbeiten unmittelbar im gesundheitsbezogenen, rehabilitativen Bereich; von diesen rund 46 000 Gruppen sind über 70 v. H. einer der 80 bundesweit tätigen Organisationen der Behinderten- und Gesundheitsselfhilfe angeschlossen. Zusätzlich werden die Selbsthilfegruppen von rund 200 örtlichen Selbsthilfekontaktstellen (KIS) unterstützt. Diese Kontaktstellen bringen unter anderem Interessierte zusammen, helfen bei der Gründung von Gruppen, vermitteln Räumlichkeiten und ermöglichen den Zugang zur öffentlichen Presse. Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle in Berlin (NAKOS) veröffentlicht regelmäßig Adreßverzeichnisse zu bundesweiten Selbsthilfevereinigungen sowie zu lokalen und regionalen Selbsthilfegruppen-Unterstützungsstellen.

Die Selbsthilfebewegung chronisch kranker und behinderter Menschen hat sich damit zu einem immer wichtiger werdenden Angebot entwickelt und wird dies aller Voraussicht nach weiterhin tun. Trotz der vielbeklagten Ellenbogenmentalität im menschlichen Miteinander, der stetig sinkenden Bereitschaft zum ehrenamtlichen Engagement sowie der zunehmenden Spezialisierung und Bürokratisierung professionellen helfenden Handelns nimmt das Engagement in Selbsthilfeorganisationen und -gruppen stetig zu; die gegenseitige Unterstützung Gleichbetroffener eröffnet offensichtlich Erfahrungsmöglichkeiten, die chronisch kranken und behinderten Menschen wichtige Hilfestellungen für das „normale“ Leben bieten.

So werden neben dem Interesse an kompetenter Information auch emotionalen Bedürfnissen entsprochen, die zum aktiven Leben mit einer Krankheit oder Behinderung motivieren und so zur beruflichen und sozialen Integration beitragen.

3.22

Heute finden diese Leistungen weitgehende Anerkennung. Grund dafür ist unter anderem, daß Selbsthilfeorganisationen und -gruppen sekundär-präventive und rehabilitative Leistungen erbringen, die Aufgaben von Rehabilitationsträgern entsprechen:

- die Beratung über weitere Gesundheitsgefährdungen und deren Vermeidung,
- Information und Beratung, zum Beispiel über die Verwendung von sowie Erfahrungen mit Heil- und Hilfsmitteln, was unangenehme Erlebnisse erspart, weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen vermeidet und zu Ersparnissen verhilft, sowie
- die Steigerung der Motivation zum Leben mit einer Krankheit und Behinderung, damit die Betroffenen trotz ihrer Beeinträchtigungen und Probleme akute Ängste und Bedrohungen überwinden, sich nicht isolieren und wie gleichbetroffene Menschen am „normalen“ Leben teilhaben.

Selbsthilfe ist nicht nur praktizierte Eigenverantwortung, sondern zugleich Erfüllung sozialer Aufgaben.

Selbsthilfeorganisationen ermöglichen derartige Informations- und Beratungsangebote sowohl für ihre Mitglieder als auch – häufig in weit größerem Umfang – für Menschen, die kein Interesse an einer aktiven Mitarbeit haben und sich auch an den Kosten der Leistungen nicht beteiligen. Auch Ärzte, Rehabilitationsberater sowie die Mitarbeiter von Krankenhäusern und Krankenversicherungen nutzen Selbsthilfeorganisationen als Auskunftsstellen für Informationen über Erkrankungen oder Behinderungen.

Die Organisationen der Behinderten- und Gesundheitsselfhilfe erwarten keine Fremdfinanzierung ihrer innerverbandlichen Strukturen oder gar ihrer gesundheits- und sozialpolitischen Arbeit; diese Aufgaben werden zur Sicherung der Unabhängigkeit grundsätzlich aus Mitgliedsbeiträgen bestritten. Finanzielle Unterstützung fordern die Selbsthilfeorganisationen hingegen für die Informations- und Beratungsleistungen, die im Rahmen des Präventions- und Rehabilitationsauftrages eigentlich von den Sozialversicherungsträgern sicherzustellen wären, sowie für den Aufbau und die laufende Unterstützung von Selbsthilfegruppen vor Ort.

3.23

Krankenkassen können auch aufgrund der seit 1997 geltenden Neuregelung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten zum Ziel gesetzt haben, durch Zuschüsse fördern. Das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Februar 1997 gemeinsam und einheitlich beschlossene Verzeichnis gibt Auskunft

über die Krankheitsbilder, bei denen Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zuläßt. Die Spitzenverbände haben gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte und dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband in einem Rundschreiben an die Selbsthilfeorganisationen Einzelheiten zum Antrags- und Vergabeverfahren festgelegt und die unterschiedlichen Fördermöglichkeiten näher beschrieben. Über die Förderanträge entscheiden die Krankenkassen; einem Wunsch der Selbsthilfeorganisationen entsprechend, haben sich der BKK-Bundesverband, die Bundesknappschaft, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der IKK-Bundesverband und die See-Krankenkasse zu einem gemeinsamen Förderpool zusammengeschlossen und fördern gemeinsam und einheitlich.

Die Förderung der örtlichen Selbsthilfegruppen, ihrer Organisationen auf Bundes- und Landesebene sowie der Selbsthilfekontaktstellen erfolgt durch sächliche, ideelle sowie finanzielle Unterstützung. Die Zusammenarbeit und Förderung entfällt, wenn die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen oder ihre Aktivitäten weltanschaulich, parteipolitisch, religiös-ethisch oder kommerziell ausgerichtet sind. Die Förderung erfolgt in Form von Zuschüssen für projektbezogene Aktivitäten. Eine institutionelle Förderung ist möglich, wenn die Zuwendungen für regelmäßige Informations- und Beratungsaufgaben verwendet werden.

Unter den Sozialleistungsträgern fördert in der Regel nur die gesetzliche Krankenversicherung Selbsthilfefunktionen. Von der Zielsetzung her gesehen wäre die Selbsthilfeförderung jedoch eine Gemeinschaftsaufgabe der öffentlichen Hand und der verschiedensten Träger, auch der privaten Krankenversicherung. Insbesondere der Aufbau und der Unterhalt von Selbsthilfekontaktstellen als Informationsdrehscheiben von an Selbsthilfe interessierten Bürgern fällt in die Zuständigkeit der Länder und Kommunen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat – nachdem sich in den neuen Bundesländern Selbsthilfegruppen in nennenswertem Umfang etabliert hatten – 1993 bis 1995 ein Projekt „Kooperation von Ärzten mit Selbsthilfegruppen zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker“ mit rund 420 000 DM gefördert. Durch den Aufbau von Kooperationsberatungsstellen wurde eine Vernetzung von selbsthilfebezogener Zusammenarbeit im regionalen Gesundheitswesen erreicht; niedergelassene Ärzte und Selbsthilfegruppen sind an einer Zusammenarbeit interessiert.

3.24

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 Men-

schen 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 nicht immer leicht zu ziehen; sie hängt oftmals von den Gesamtumständen im konkreten Einzelfall ab. 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 kann auch die Möglichkeit zu geistiger Betätigung und Kommunikation umfassen. Andererseits sind 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 zu finanzieren.

Für den Bereich der Krankenversicherung gibt es das Hilfsmittelverzeichnis, in dem alle von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfaßten Hilfsmittel aufgelistet werden. In dem Verzeichnis wird im einzelnen aufgeführt, welche Arten von Produkten bei bestimmten Indikationen verordnet werden können. Außerdem enthält das Verzeichnis medizinisch-technische Mindestanforderungen (Qualitätsstandards). Somit wird eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten gewährleistet.

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 Ergebnisse unter Berücksichtigung der Gegebenheiten auch tatsächlich zu erreichen. Eine effektive und effiziente Versorgung mit technischen Hilfsmitteln erfordert darüber hinaus umfassende Beratung, möglichst unabhängig von 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. Auch die Krankenkassen setzen aufgrund guter Erfahrungen intensiver auf den Einsatz von Hilfsmittelberatern im orthopädisch-technischen Bereich.

3.25

Nach einer Studie im Auftrag des Kuratoriums ZNS erleiden in Deutschland jährlich etwa 300 000 Menschen ein **Schädel-Hirn-Trauma**, davon 100 000 eine schwere **Hirnverletzung**. Eine etwa gleich große Zahl kommt aufgrund von Hirnerkrankungen hinzu. Mit einer rehabilitativen Behandlung ist es möglich, viele Betroffene so weit herzustellen, daß sie mit Unterstützung der Familie wieder im heimischen Bereich leben können. Die Chance für eine möglichst weitgehende Wiedereingliederung ist um so größer, je frühzeitiger und umfassender mit Rehabilitation begonnen wird.

Im Idealfall sollten Abteilungen für neurologische Frührehabilitation in Krankenhäusern mit neurologischen oder neurochirurgischen Abteilungen eingerichtet werden, damit bei Komplikationen eine schnelle Rückverlegung erfolgen kann. Sinnvoll ist aber auch die Angliederung der neurologischen Frührehabilitation an bestehende neurologische Rehabilitationseinrichtungen und an neurologische Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, denn dann ist eine durchgängige rehabilitative Behandlung sichergestellt, die sich ohne Verzögerung an die Frührehabilitation anschließen kann.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, die zuständigen Rehabilitationsträger und die Länder haben Bau- und Ausstattungskosten von sechs Modelleinrichtungen der neurologischen Frührehabilitation in Bad Griesbach, Malente, Elzach, Bad Segeberg, Hamburg-Eilbek und Bad Bergzabern mit einem Gesamtvolumen von 41 Mio DM gefördert, außerdem eine Abteilung für neurologische Frührehabilitation am Neurologischen Rehabilitationszentrum „Godeshöhe“ in Bonn mit insgesamt 6,3 Mio DM. In den neuen Bundesländern werden derzeit Abteilungen für neurologische Frührehabilitation am medizinisch-beruflichen Rehabilitationszentrum in Magdeburg sowie am Neurologischen Rehabilitationszentrum in Greifswald errichtet, das zugleich ein Zentrum für Querschnittgelähmte ist; an den Gesamtterrichtungskosten dieser zwei Rehabilitations-einrichtungen beteiligt sich der Bund mit insgesamt rund 47,7 Mio DM.

Allerdings bestehen zwischen der Erstversorgung im Akutkrankenhaus und der umfassenden Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik vielerorts noch erhebliche Versorgungslücken, Koordinierungsbedarf zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und Schnittstellenprobleme. Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wurden für Kranken-, Renten- und Unfallversicherung in Abstimmung mit den Ländern „Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen“ mit einheitlichen Definitionen der Indikationsgruppen und des neurologischen Rehabilitationsprozesses abgesprochen. Diese Empfehlungen weisen die Phase B, in der noch intensiv medizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen, der Krankenhausbehandlung zu, die Phase C, in der die Betroffenen bereits an ihrer Rehabilitation mitarbeiten können, sie aber noch kurativ medizinisch und mit

hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen, der stationären medizinischen Rehabilitation zu. Diese Zuordnung ist Grundlage für die Leistungszuständigkeiten, die Strukturverantwortung für die Schaffung der erforderlichen Einrichtungen sowie die Steuerung des Verfahrens. Mit den Empfehlungen soll in der neurologischen Frührehabilitation ein nahtloses Verfahren gewährleistet werden.

3.26

Bemühungen der Bundesregierung gelten auch der neurologischen Frührehabilitation von **Kindern und Jugendlichen**. Für sie sind entsprechende Abteilungen mit finanzieller Unterstützung des Bundes an der Neurologischen Rehabilitationseinrichtung in Gailingen bereits entstanden, an dem Rehabilitationszentrum in der Stadt Brandenburg im Bau und für Bremen-Lesum wird eine solche Abteilung geplant. Mit diesen Einrichtungen wird der Bedarf an Frührehabilitationsabteilungen für Kinder und Jugendliche im wesentlichen gedeckt sein.

3.27

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

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. Aus den Ergebnissen der von der Bundesregierung geförderten Modellprojekte zur Verbesserung der Versorgung von Schlaganfallbetroffenen sind Ratgeberbroschüren zu akuten Hilfeleistungen und zur Pflege nach stationärer Behandlung im häuslichen Bereich sowie Aufklärungsbroschüren zur Prävention von Schlaganfällen entstanden. Darüber hinaus wurden in Zusammenarbeit mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe e.V. und den Krankenkassen Aufklärungs- und Präventionsaktionen in einzelnen Bundesländern und in den Medien durchgeführt.

Für die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wurden Schlaganfall-Befund-Checklisten und Nachsorge-dokumentationen erarbeitet sowie ein Verzeichnis der Spezialstationen für die Frührehabilitation von Schlaganfallbetroffenen erstellt. Der Aufbau eines Schlaganfallregisters für die Bundesrepublik Deutschland wird im Rahmen der Public-Health-Forschung angestrebt. Dem interdisziplinären Anspruch der Frührehabilitation und der Verbesserung kooperativer Formen der Rehabilitation und Nachsorge von Schlaganfallbetroffenen und Hirnverletzten wird zunehmend mehr Bedeutung beigemessen.

3.28

Durch Fortschritte im Rettungswesen und in der Akuttherapie und somit verbesserte Überlebenschancen sowie eine meist ungeschmälerete Lebenserwartung steigt die Zahl der rehabilitationsbedürftigen **Querschnittgelähmten** ständig, jährlich um rund 960, in der Querschnittlähmungen durch Erkrankungen nur unzureichend erfaßt sind. Für eine optimale Erstrehabilitation und lebenslang qualifizierte Nachsorge besteht ein geschätzter Bedarf von 1 500 Betten für die alten und 400 Betten für die neuen Bundesländer. Die derzeit 1 071 Betten der Unfallversicherung reichen für die Versorgung innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung aus, aber nicht für die Krankenversicherung und andere Leistungsträger.

Als Grundlage für eine Verbesserung der Versorgungssituation Querschnittgelähmter wird auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation trägerübergreifend ein umfassendes Konzept von der Akutbehandlung bis hin zur Nachsorge erarbeitet. Es soll einheitliche Anforderungen (Standards), einheitliche Qualitätsmaßstäbe sowie die Kooperation der beteiligten Rehabilitationsträger gewährleisten und die Grundlage für die Planung und Schaffung der fehlenden Kapazitäten, insbesondere zur Nachsorge, bilden.

Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften hat 1995 eine überarbeitete Denkschrift zur „Neuordnung der Behandlungszentren für Querschnittgelähmte“ herausgegeben, in der auch zur Sicherstellung der lebenslangen medizinischen Nachsorge Stellung genommen wurde. Dabei geht es um die fortlaufende Überwachung und Sicherung des Rehabilitationsergebnisses sowie die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Komplikationen durch Check-Untersuchungen und Wiederaufnahmen. Solche umfassenden Denkschriften des Hauptverbandes liegen auch zur Behandlung von Schwer-Schädel-Hirnverletzten und zur Behandlung von Brandverletzten vor, in denen personelle, räumliche und sächliche Voraussetzungen für Leistungserbringer geregelt sind.

3.29

Generelle Zielsetzung der Rehabilitation **Rheumakranker** ist, die mit der Erkrankung zusammenhängenden Funktionseinschränkungen so zu beeinflussen, daß die Selbständigkeit der Betroffenen im Alltag und – wenn möglich – die Erwerbstätigkeit langfristig gesichert werden kann. Bei den ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten sind in den letzten Jahren erfreuliche Verbesserungen zu verzeichnen:

- Die Zahl der Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie hat zugenommen, hat aber den von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie angegebenen Anhaltswert von einem Rheumatologen je 150 000 Einwohnern nicht erreicht. Von den 855 ausgewiesenen Rheumatologen sind rund 45,3 v.H. niedergelassene Vertragsärzte; 58,4 v.H. davon sind Orthopäden und 41,6 v.H. Internisten. Auch nach Auffassung der

Bundesärztekammer wird eine umfassende, interdisziplinär mit allen an der Betreuung Rheumakrankter Beteiligten vernetzte Versorgung derzeit noch nicht flächendeckend angeboten. Deshalb ist es erforderlich, durch Beteiligung klinischer Rheumatologen am ambulanten Sicherstellungsauftrag eine bestmögliche Nutzung des vorhandenen Sachverständes zu erreichen.

- Auf dem Ärztetag 1992 wurde die Einführung der Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ beschlossen. Im Rahmen der hierzu erforderlichen Kursweiterbildung wird besonderes Gewicht auf eine interdisziplinäre Behandlung chronisch Kranker gelegt; es ist damit zu rechnen, daß hierdurch ebenfalls die Versorgung von Rheumakranken verbessert wird.

Die Förderung des schwerpunktmäßigen Aufbaus von 21 regionalen Rheumazentren durch das Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 1992 bis 1996 zielte darauf ab, die qualifizierte interdisziplinäre Versorgung Rheumakrankter 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 Rheumakrankter,
- eine Verbesserung des Wissens- und Informationstransfers innerhalb der Versorgungskette und damit ein koordiniertes Ineinandergreifen der von unterschiedlichen Versorgungsträgern veranlaßten Maßnahmen,
- eine Qualitätssicherung in der Versorgung durch die Einführung der bundesweiten Kerndokumentation sowie von Diagnose- und Therapieleitlinien,
- eine Verbesserung der Bedingungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- eine modellhafte Erprobung konkreter Versorgungsmaßnahmen sowie
- eine Angliederung verstärkter Forschungsaktivitäten unter Einbeziehung besonders der Rheumakliniken.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Rheumazentren haben sich Ende 1992 zu einem Modellverbund zusammengeschlossen, der 1996 in die Arbeitsgemeinschaft Regionaler Rheumazentren bei der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie übergegangen ist. Dadurch sollten der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit untereinander ebenso wie die Absprache von Aktivitäten mit der Deutschen Rheuma-Liga gefördert werden. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung sollen Ende 1997 veröffentlicht werden. Die bundesweite Kerndokumentation als wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung wird auch nach Beendigung der Fördermaßnahme für die Rheumazentren von diesen weitergeführt und soll als Grundlage für die Überführung der Arbeit der Rheumazentren in die Regelfinanzierung durch die gesetzliche

Krankenversicherung dienen. Weitere Einzelheiten zur Versorgungslage und zur sozialen Rehabilitation von Rheumabetroffenen sind in der Fortschreibung des Rheumaberichts der Bundesregierung (Drucksache 13/8434) dargestellt.

3.30

Herz-Kreislaferkrankungen sind in Deutschland die häufigste Ursache für vorzeitigen Tod und körperliche Behinderung. Nachdem der Bund in den achtziger Jahren in den alten Bundesländern mit Modellvorhaben zur besseren Versorgung von Herz- und Kreislaufkranken beitragen konnte, galt es, bundesweit ein gleichartiges Versorgungsniveau zu erreichen. Dazu hat das Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 1991 bis 1995 im Rahmen des Modellprogramms zur besseren Versorgung chronisch Kranker in den neuen Bundesländern den Aufbau je eines Zentrums für Herz-Kreislauf-Diagnostik mit insgesamt rund 16,7 Mio DM gefördert. Zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie wurde zum einen die apparative Ausstattung durch die Einrichtung eines Linksherzkathetermeßplatzes in den geförderten Kliniken wesentlich verbessert, um damit die Voraussetzungen zu einer optimalen Versorgung Herzkranker in den Einzugsgebieten zu schaffen. Zum anderen wurden die Kliniken durch eine Förderung von Personalstellen in die Lage versetzt, Fortbildungsangebote für niedergelassene Ärzte in modernen nicht invasiven Diagnoseverfahren (zum Beispiel Echokardiographie, Sonographie, Ergometrie sowie Notfallmaßnahmen) anzubieten und auf der Grundlage gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten erarbeiteter Diagnose- und Therapieleitlinien für Herz- und Kreislaferkrankungen die Verzahnung von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung zu intensivieren.

Unerläßlich für die Sicherung des Rehabilitationserfolges ist neben einer gezielten ambulanten oder stationären Behandlung in vielen Fällen eine qualifizierte **Nachsorge**. Die Zahl der ambulanten Herzgruppen hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen; inzwischen bestehen 3 000 Gruppen – davon etwa 420 in den neuen Bundesländern – mit insgesamt rund 60 000 Teilnehmern. In ihnen treffen sich Herzkranke auf ärztliche Verordnung und unter ärztlicher Überwachung regelmäßig, um unter Anleitung eines Übungsleiters gemeinsam durch Bewegungstherapie, Entspannungsübungen und Gruppensprache die Folgen der Krankheit zu kompensieren und weitere Schädigungen abzuwenden. Ihre große Bedeutung für die Rehabilitation Koronarkrankter 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.

3.31

Die Bundesregierung hat mit dem Modellprogramm zur besseren Versorgung **Krebskranker** zahlreiche Maßnahmen gefördert, um den Standard der medizinischen Versorgung so weit anzuheben, daß allen

Betroffenen das vorhandene Wissen in der Krebsdiagnostik, -therapie, -nachsorge und Rehabilitation zugute kommen kann. In den Jahren 1980 bis 1990 wurde in der ersten Stufe des Modellprogramms in den alten Ländern der Aufbau von 23 Tumorzentren an Universitäten und 28 Onkologischen Schwerpunkten an größeren Krankenhäusern mit einer Fördersumme von insgesamt 195 Mio DM gefördert. In der zweiten Stufe des Modellprogramms, die zum Jahr 2000 auslaufen wird, hat das Bundesministerium für Gesundheit seit 1991 bereits mehr als 200 Mio DM bereitgestellt, um die regionale onkologische Versorgung zu verbessern. Zu den Schwerpunkten der zweiten Stufe zählten vor allem der Aufbau von 10 Tumorzentren und 10 Onkologischen Schwerpunkten in den neuen Ländern, die Einrichtung von bundesweit 18 Palliativstationen an größeren Krankenhäusern einschließlich der wissenschaftlichen Begleituntersuchung, die Förderung des Aufbaues der Knochenmarkspenderdatei und des Ausbaues von Knochenmarktransplantationseinheiten in den neuen Ländern sowie von klinischen Krebsregistern und Videokommunikationsprojekten. Damit hat die Bundesregierung nicht nur neue Versorgungskonzepte entwickelt und erprobt, sondern auch dazu beigetragen, erfolgreiche Konzepte wie den Aufbau von Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten möglichst schnell flächendeckend umzusetzen.

Zur Abrundung des Modellprogramms werden bis zum Jahr 2000 insbesondere Vorhaben zur Einführung qualitätssichernder Maßnahmen in der onkologischen Versorgung (Feldstudien zur Sicherung der Behandlungsqualität in der regionalen onkologischen Versorgung, Projekte zur Qualitätssicherung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, der Aufbau einer „Zentralen Informations- und Koordinationsstelle für Leitlinien in der Onkologie“ bei der Deutschen Krebsgesellschaft, Projekte zur Verbesserung der Krebsfrüherkennung) gefördert. Aufbauend auf Erfahrungen von Modellmaßnahmen auf dem Gebiet der stationären schmerztherapeutischen Versorgung wurde ein „Modellverbund zur Verbesserung der ambulanten Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten“ in vier Regionen eingerichtet. In diesen Projekten sollen in enger Kooperation aller an der Versorgung Beteiligten Konzepte für die interdisziplinäre Behandlung von Tumorschmerzen sowie Kopf- und Rückenschmerzen erarbeitet werden.

Im Rahmen einer möglichst umfassenden Rehabilitation Krebskranker wird als Alternative zur stationären Behandlung eine wohnortnahe ambulante ärztliche Behandlung in sogenannten onkologischen Schwerpunktpraxen durch dazu besonders qualifizierte Ärzte angestrebt. Solche Schwerpunktpraxen etablieren sich zunehmend auch bei der Versorgung von Diabetikern.

3.32

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. Der Lebensweg vieler Kinder ist 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.

Zur weiteren Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgungssituation von krebskranken Kindern hat das Bundesministerium für Gesundheit von 1991 bis 1994 die teilstationäre Versorgung krebskranker Kinder an 10 Universitätskinderkliniken modellhaft erprobt; die Ergebnisse wurden in der Schriftenreihe des Bundesministeriums veröffentlicht. 1995 wurde diese Versorgungsform in die Regelfinanzierung überführt.

Die psychosoziale Versorgung chronisch kranker Kinder wurde bisher 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 Anregungen der Modellprogramme bisher nicht aufgegriffen, um unter Berücksichtigung der erreichten Ergebnisse die psychosoziale Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen bei anderen chronischen Erkrankungen, zum Beispiel bei Anfallsleiden, geistig-körperlichen Behinderungen oder Stoffwechselkrankheiten, zu prüfen und die psychosoziale Versorgung überall dort zu ermöglichen, wo Schwere und Dauer der Erkrankung dies im Hinblick auf die in § 10 Rehabilitations-Angleichungsgesetz festgehaltenen Zielsetzungen notwendig machen, beispielsweise bei Kindern mit Diabetes.

3.33

In der **Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter** hat sich unter dem Schlagwort „Enthospitalisierung“ in den letzten Jahren verstärkt ein Einstellungswandel von einer verwahrenden zu einer behandelnden und rehabilitativen Psychiatrie vollzogen, verbunden mit einem Wechsel von einer institutionenbezogenen hin zu einer personenbezogenen Sichtweise. Dieser Wandel ist insbesondere gekennzeichnet durch einen Abbau von Betten in den psychiatrischen Großkrankenhäusern und den Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung.

Der damit verbundene zunehmende Bedarf an einer kontinuierlichen rehabilitativen Betreuung, die den gegebenen Lebensbedingungen und -gewohnheiten flexibel Rechnung trägt, erfordert neben den vorhandenen stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen teilstationäre und ambulante Strukturen, die multiprofessionelle therapeutische Angebote in Wohnortnähe bedarfsgerecht und gezielt umsetzen, insbesondere wenn eine ambulante kurative Behandlung mit rehabilitativen Zielen nicht ausreicht.

Die Bemühungen um eine konzeptionelle Weiterentwicklung auf dem Gebiet der psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitation wurden in den letzten Jahren fortgesetzt. Neben den bisherigen, überwiegend psychodynamisch geprägten Methoden kommen zunehmend auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Anwendung. Auf die therapeutische Auseinandersetzung mit dem konkreten Berufsfeld wird besonderes Gewicht gelegt.

Durch größere zeitliche Flexibilisierung der Maßnahmen ist die durchschnittliche Behandlungsdauer in den psychotherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitationskliniken deutlich zurückgegangen. Um das Rehabilitationsziel zu erreichen, wird bei der Mehrzahl der dortigen Rehabilitanden die Rehabilitationsdauer auch künftig mehr als drei Wochen betragen müssen.

Bereits die Sachverständigen-Kommission zur Psychiatrie-Enquête hatte sich in ihren Empfehlungen (Bundestags-Drucksachen 7/4200 und 7/4201) für eine gemeindenähe, bedarfsgerechte, umfassende und koordinierte Versorgung aller Betroffenengruppen der Psychiatrie ausgesprochen. Inzwischen gelang der Aufbau eines Versorgungssystems, das für akut und mittelfristig psychisch Kranke im allgemeinen gut nutzbare Hilfen vorhält. Erfolgreich wurden Versorgungskonzepte erprobt, die auch chronisch psychisch Kranken ein Leben in der Gemeinde ermöglichen. Neben den professionellen Hilfen gelang es, Selbst- und Laienhilfeinitiativen zu entwickeln.

3.34

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 verbunden mit einer Reduzierung der Bettenzahlen von etwa 150 000 Betten in den alten Bundesländern im Jahr 1976 auf weniger als 69 000 im gesamten Bundesgebiet 1995.
- Die durchschnittliche Verweildauer in der stationären Allgemeinpsychiatrie wurde von ehemals 152 Tagen auf 43,9 Tage (Durchschnitt alte und neue Bundesländer) verkürzt. Die neue betroffenenorientierte 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 die Diagnose „Langzeitpatient“ nicht standardisiert vorgegeben war und eine Prognose bei einer Stichtagserhebung nicht immer möglich ist. Zu beachten ist, daß ein Teil der Betroffenen auch zum Beispiel 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 ist in einzelnen Regionen stark unterschiedlich. Als Haupthindernis für die Enthospitalisierung chronisch psychisch Kranker und Behinderter gilt 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 Alltages sind.
- Regionale Unterschiede ergeben sich daraus, daß ambulante und komplementäre Versorgungsstrukturen, die Voraussetzung für den weiteren Abbau stationärer Versorgung sind, 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 – und auch innerhalb der einzelnen Länder – sind auch die – trotz gleicher bundesrechtlicher Vorgaben – regional noch immer nicht befriedigend gelösten Finanzierungsabgrenzungen und -zuständigkeiten.
- Die Zahl der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater einschließlich der psychotherapeutisch tätigen Ärzte hat sich seit 1975 nahezu vervierfacht und betrug Ende 1996 insgesamt 7 748.
- Psychiatrische Institutsambulanzen haben einen festen Platz als wichtiges Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung schwerer Gestörter und Rückfallgefährdeter 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 sozialhilferechtlichen 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 Kran-

kenversicherung erfaßt – bei den Krankenkassen oder als psychosoziale Maßnahmen in der Verantwortung der Kommunen und Träger.

- Die – demographisch bedingt – überproportionale Zunahme der Problemgruppe gerontopsychiatrischer Patienten und insbesondere Demenzkranker erforderte eine Weiterentwicklung von therapeutischen Konzepten und Strukturen im stationären, teilstationären wie ambulanten Bereich. Die Ansicht, daß eine differenzierte therapeutische Versorgung und spezifische Rehabilitation auch demenzkranken älteren Menschen nützt, hat sich bislang noch nicht ausreichend durchgesetzt. Neben einer Verbesserung von Früherkennung, Beratung und Begleitung strebt die Bundesregierung deshalb einen verstärkten Ausbau ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuungs- und Rehabilitationsangebote für demenzkranke ältere Menschen an, jedoch unter Vermeidung von Isolierung und Ausgrenzung. Die Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der SPD zur Situation der Demenzkranken in der Bundesrepublik Deutschland (Bundestagsdrucksache 13/5257) nimmt zu diesem Problem ausführlich Stellung und erläutert die weiteren geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen.

3.35

Zur Reform der Versorgung psychisch Kranker hat die Bundesregierung seit 1976 die Entwicklung und Erprobung neuer gemeindenaher und bedarfsgerechter Versorgungskonzepte durch Modellerprobungen mit einem Gesamtvolumen von 263,5 Mio DM gefördert. 62 geförderte Einzelprojekte in den alten und 10 Projekte in den neuen Bundesländern mit einem Gesamtvolumen von 77 Mio DM wurden erfolgreich abgeschlossen; zusätzlich wurde in den neuen Ländern von 1992 bis 1995 ein Modellregionenprogramm „Psychiatrie“ durchgeführt.

Der inhaltliche Schwerpunkt der Modellerprobungen lag auf der koordinierten Vernetzung von Bausteinen einer ambulant/komplementären Versorgung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung unter Berücksichtigung von Betroffenenengruppen mit besonderen Hilfeanforderungen wie psychisch kranke alte Menschen, psychisch kranke Kinder und Jugendliche, psychisch kranke Rechtsbrecher und Alkoholkranken sowie der weiteren Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung. Dabei wurde das Ziel verfolgt, auch in den neuen Ländern

- Strukturen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes,
- kommunale Koordinatoren,
- trägerübergreifende Kooperationsmodelle,
- außerstationäre Hilfen, die Behandlung, Pflege, Rehabilitation und soziale Integrationsmaßnahmen verknüpfen und den Boden für Mischfinanzierungsprogramme bereiten, und
- moderne psychiatrische Versorgungsstrukturen zu entwickeln.

3.36

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Experten eine Konzeption zur ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker erarbeitet. Ziel dieser Konzeption ist es, Defizite in der ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker auszugleichen und eine sowohl in rehabilitativer als auch in ökonomischer Hinsicht wirkungsvolle Alternative zur stationären Versorgung aufzubauen. Diese Initiative wird auch vom Bundesministerium für Gesundheit aus gesundheitspolitischer Sicht unterstützt.

Im Gegensatz zum stationären Bereich mit seinem abgestimmten Maßnahmenkatalog werden bisher in der ambulanten Versorgung die einzelnen Leistungen oft unkoordiniert erbracht. Gerade bei psychisch Kranken aber ist für eine wirkungsvolle Rehabilitation eine ganzheitlich ausgerichtete Therapie erforderlich, die durch eine enge Kooperation und Koordination zwischen den Therapeuten und behandelnden Ärzten sichergestellt werden muß. Psychische Erkrankungen sind mit einer gravierenden Störung sozialer Funktionen verbunden. Das für die Persönlichkeit „normale“ Empfinden oder Handeln ist krankheitsbedingt eingeschränkt. Dazu gehört insbesondere die Fähigkeit, tragfähige Kommunikationsbeziehungen und Kontakte einzugehen und aufrechtzuerhalten. Eine gezielte und angemessene Rehabilitation psychisch Kranker muß daher darauf ausgerichtet sein, diese speziellen Funktionseinschränkungen des Kranken mit geeigneten Mitteln zu beheben.

Das Konzept zur ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker zielt darauf ab, auf der Grundlage eines geregelten Verfahrens dem Rehabilitationsbedarf wohnortnah durch gezielte rehabilitative Leistungen mit therapeutischem Bezug zu entsprechen. Diese erweiterten ambulanten Leistungen zur Rehabilitation kommen für schwer psychisch Kranke in Betracht, für die angesichts des bisherigen Krankheitsverlaufes und aufgrund ihrer sozialen Situation eine Behandlung mit Hilfe herkömmlicher ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen nicht reicht. Ziel ist eine Förderung und dauerhafte Stabilisierung des individuellen Rehabilitationserfolges, der in der Regel in einem Zeitraum von bis zu drei Jahren erreicht werden kann. Das Konzept wird zunächst in drei Bundesländern für fünf Jahre modellhaft erprobt und wissenschaftlich begleitet. Die Begleituntersuchung soll insbesondere folgende Fragen klären,

- in welchem Umfang und in welcher Weise die Einbeziehung sozio-therapeutischer Maßnahmen die ambulante Rehabilitation verbessern kann und
- ob Entlastungseffekte im stationären Bereich feststellbar sind.

Mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Untersuchung sollen notwendige Entwicklungen in der Versorgung psychisch Kranker insgesamt und über die Modellbereiche hinaus konstruktiv und gezielt beeinflusst werden.

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker läuft seit Januar 1995 der Modellver-

such der Spitzenverbände der Krankenkassen „Ver einbarung zur modellhaften Umsetzung und Evaluation eines Konzeptes zur Ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker“. In dem Modellprojekt werden soziotherapeutische Maßnahmen als integraler Bestandteil eines koordinierten Komplexleistungsprogrammes gesehen. Sie beinhalten verhaltens- und gesprächstherapeutische Elemente als stützende Begleitung zur Koordination des Rehabilitationsprozesses. Erreicht werden sollen schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit zeitlich begrenztem Rehabilitationsbedarf, wobei Motivation und die Bereitschaft zu aktiver Teilnahme weitere Voraussetzungen sind. Von den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung wird es abhängen, ob und wie die Leistung „Soziotherapie“ zukünftig finanziert werden kann.

3.37

Die früher beklagten Unterschiede in der rehabilitativen Versorgung zwischen psychischen und somatischen Behinderungen hinsichtlich der Rehabilitation „dichte“ und -intensität konnten aufgrund in der Zwischenzeit erprobter Rehabilitationskonzepte teilweise behoben werden. Mittlerweile haben Rehabilitationsbemühungen für psychisch Kranke und Behinderte zu einer vielfältigen und differenzierten, an der individuellen Leistungsfähigkeit orientierten (Wieder-)Eingliederung in das Lebensumfeld, speziell auch in Arbeitsprozesse geführt.

Andererseits eröffnen diese Möglichkeiten auch den Blick auf Probleme bei der Absicherung dauerhafter Arbeitsverhältnisse – eine Entwicklung, die sich in Anbetracht des sich verschlechternden Arbeitsmarktes noch verschärft. Demzufolge sind psychische Auffälligkeiten mittlerweile die dritthäufigsten Gründe für Erwerbsunfähigkeit. Psychisch Behinderte mit deutlichen und wahrscheinlich dauernden Beeinträchtigungen der psychophysischen Leistungsfähigkeit erhalten in den letzten Jahren zunehmend Leistungen der beruflichen Rehabilitation mit dem Ziel der Eingliederung zum Beispiel in Werkstätten für Behinderte oder in Selbsthilfefirmen. Chronisch psychisch Kranke und Behinderte, überwiegend aus den Langzeitstationen psychiatrischer Krankenhäuser Entlassene, bilden 30 v.H. aller psychiatrisch Erkrankten; sie erhalten hierdurch gezielte Rehabilitationshilfen zur Eingliederung im Sinne der Wiedererlangung einer Beschäftigtenidentität mit anerkannter sozialer Rolle.

Zum Teil wurden auf Länderebene – insbesondere unter Federführung der Rentenversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit – für unterschiedliche Gruppen seelisch Behinderter Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation konzeptionell an bestehende Einrichtungen (zum Beispiel Berufsförderungswerke in Niedersachsen) oder in neuen Einrichtungstypen (zum Beispiel Berufstrainingszentren in Hamburg und Nordrhein-Westfalen) mit dem Ziel der Eingliederung zu Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes entwickelt. Die erfolgreiche Umsetzung solcher Rehabilitationsziele setzt eine ausreichende Rehabilitationsprognose voraus, die bei Sta-

bilisierung des Krankheits- oder Behinderungsbildes eine erfolgreiche Vermittlung der angestrebten Berufsqualifikationen und -fähigkeiten erlauben.

3.38

Die auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entwickelten und erprobten Konzepte der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in spezialisierten **Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte** konnten die Rehabilitationsmöglichkeiten insbesondere für stabilisierungsfähige und günstig beeinflussbare psychisch Kranke und Behinderte wesentlich verbessern. Die regionalbezogenen, teils zentral-integrativ, teils regional-kooperativ konzipierten Einrichtungen haben die – zunehmend auch teilstationären oder ambulanten – Rehabilitationsmöglichkeiten im Übergang aus den Kliniken deutlich verbessert. Die Erfahrungen – mit überwiegend bewältigungsorientierten Rehabilitationsansätzen – haben neue Maßstäbe in der Bewertung erzielbarer Rehabilitationserfolge gesetzt. Beigetragen zu methodischen Rehabilitationsansätzen haben auch Leitsätze zur Evaluation beruflicher Eignungsvoraussetzungen für psychisch Kranke – entwickelt im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Projekts MELBA (an der Universität Siegen) – sowie zur Entwicklung eines bewältigungsorientierten Psychoedukativen Trainings für Schizophrene (an der Psychiatrischen Universitätsklinik Münster). Die benötigten Einrichtungen konnten in erheblicher Zahl, jedoch nur in einigen (alten) Bundesländern bedarfsdeckend geschaffen werden. Bremsend wirkten insbesondere Vorstellungen der Rehabilitationsträger, Konzepte verschiedener Einrichtungstypen stünden in Konkurrenz, während eine Ausrichtung differenzierter Rehabilitationsstufen auf spezielle Kranken- und Behindertengruppen einer individuellen Rehabilitationseignung und -planung entspricht.

Rehabilitation in RPK-Einrichtungen wird seit geraumer Zeit auch in teilstationärer Form durchgeführt. Der ursprünglich empfohlene Einrichtungstyp mit einer Zahl von 50 Behandlungsplätzen hat sich nicht durchgehend bewährt; der Trend geht zu Einheiten mit geringerer Rehabilitandenanzahl, wobei wesentliche arbeitspraktische Therapie-Elemente häufig bei externen Anbietern „zugekauft“ werden.

In der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wird ein Entwurf für Anforderungen und Qualitätskriterien zur Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter erarbeitet, der im wesentlichen auf der Empfehlungsvereinbarung RPK sowie den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft zur ambulanten medizinischen Rehabilitation basiert und eine umfassende und ganzheitliche Rehabilitation zulassen soll. Die vorgesehenen Anforderungen und Qualitätskriterien eröffnen eine sinnvolle Perspektive, ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitationsleistungen miteinander zu verknüpfen. Sie gehen davon aus, daß in der ambulanten Rehabilitation im Prinzip der gleiche Maßnahmenkatalog anzubieten ist wie in der stationären Rehabilitation.

3.39

Für die Fortentwicklung der Psychiatriereform wird in der freien Wohlfahrtspflege insbesondere folgender Handlungsbedarf gesehen:

- Sachreformen des Rehabilitationsrecht im Rahmen der vorgesehenen Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts ins Sozialgesetzbuch im Hinblick auf die Umsetzung des Grundsatzes „Ambulant vor stationär“ in allen hierfür in Betracht kommenden Sozialleistungsbereichen,
- Absicherung der persönlichen und sozialpädagogischen Hilfen sowie psychosozialer Betreuung vor allem im ambulanten und komplementären Bereich,
- Verbesserung der Zusammenarbeit der zuständigen Rehabilitationsträger und sonstigen zu beteiligenden Stellen.
- Einbeziehung der Sozialhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger,
- Verabschiedung des „Psychotherapeutengesetzes“ zur Sicherstellung ambulanter Psychotherapie ohne Selbstbeteiligung,
- Übergang von der institutions- und personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation im Sinne der von der Kommission „Personalbemessung im komplementären Bereich“ entwickelten Leitlinien,
- zeitgleich zu einem konsequenten Aufbau gemeindeintegrierter und bedarfsgerechter Wohn-, Beschäftigungs- und Betreuungsangebote für langfristig Hospitalisierte der Abbau der Überkapazitäten in den Langzeitbereichen der psychiatrischen Krankenhäuser,
- Vereinbarung verbindlicher Regelungen der Arbeitsteilung und der Zusammenarbeit aller Einrichtungs- und Rehabilitationsträger im Rahmen partnerschaftlicher Absprachen der Beteiligten,
- im Rahmen der Festlegung der Aufgaben für die Dienste und Einrichtungen die Verankerung des Prinzips der regionalen Zuständigkeit für die vorhandenen Klientengruppen,
- Stärkung der Selbst- und Familienhilfe durch Förderung der Angehörigenarbeit sowie von Selbsthilfeinitiativen psychisch Kranker und Behinderter,
- Schaffung von regelfinanzierten familienunterstützenden Diensten,
- Verstärkte Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in die regionale und überregionale Psychiatrieplanung sowie
- Qualitätssicherung.

3.40

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 Empfeh-

lungen“ 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 (zum Beispiel 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 Fehlplatzierungsquote 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 Betroffenenengruppen 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.

3.41

Als Beispiel für die Verbesserung der Rehabilitation und Integration von psychisch kranken und behinderten Menschen werden folgende in **Mecklenburg-Vorpommern** unternommene Aktivitäten und Maßnahmen dargestellt:

- Die „Grundsätze einer Konzeption zur psychiatrischen Versorgung im Land Mecklenburg-Vorpommern“ mit maßgeblichen Hinweisen für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung wurden im Dezember 1992 der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.
- Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke trat am 17. Juli 1993 in Kraft und schrieb einen Rechtsanspruch auf Hilfe fest.
- Der erste Psychiatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern wurde im August 1994 veröffentlicht; darin ist der Auf- und Ausbau eines gemeindenahen Versorgungsnetzes mit seinen klinischen, rehabilitativen und sozialen Bestandteilen dargestellt.

- 18 Tagesstätten für psychisch kranke und behinderte Menschen konnten ihre Arbeit aufnehmen.
- Insgesamt wurden 323 Heimplätze für psychisch kranke und behinderte Menschen gefördert. Baumaßnahmen für weitere 243 Heimplätze wurden eingeleitet.
- In einer Werkstatt für Behinderte ist eine Abteilung für psychisch kranke und behinderte Menschen inzwischen arbeitsfähig. Der Bau von zwei weiteren Abteilungen steht bevor.
- Die Baumaßnahmen für zwei Selbsthilfefirmen werden noch in diesem Jahr aufgenommen.
- Modellprogramme und -projekte wurden aufgelegt, um das betreute Wohnen zu fördern und um Maßnahmen zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke und behinderte Menschen zu ermöglichen. Über die drei bestehenden Einrichtungen hinaus befinden sich weitere in Vorbereitung.

3.42

Die Bundesregierung hat durch eine Vielzahl von Maßnahmen dazu beigetragen, den notwendigen Umstrukturierungsprozeß im Bereich der psychiatrischen Versorgung in den neuen Bundesländern zu fördern. Neben den großen Investitionsprogrammen wie zum Beispiel dem Gemeinschaftswerk „Aufschwung Ost“, dem Kommunalen Kreditprogramm oder dem Gemeinschaftsprogramm zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen gehören dazu auch die Qualifizierungsprogramme sowie die Förderung eines Modellregionenprogramms und die Förderung von Einzelmodellen im Bereich der ambulanten/komplementären psychiatrischen Versorgung.

Das Modellregionenprogramm, in dessen Rahmen durch zusätzliche Fördermittel in 14 Regionen stufenweise fehlende ambulante, komplementäre und rehabilitative Dienste einschließlich ergänzender Maßnahmen im stationären Bereich aufgebaut worden sind, ist 1995 erfolgreich abgeschlossen worden. Die Förderung von Einzelmodellen wird derzeit noch fortgesetzt. Im Zeitraum von 1992 bis 1996 wurden hierfür Mittel in Höhe von rund 23,8 Mio DM zur Verfügung gestellt.

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.

In den neuen Bundesländern (außer Berlin) nahmen Ende 1996 insgesamt 693 Nervenärzte, Neurologen und Psychiater einschließlich psychotherapeutisch tätiger Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil:

	Vertrags- ärzte	Ange- stellte Ärzte	Ermäch- tigte Ärzte
Mecklenburg- Vorpommern	86	1	16
Brandenburg	89	0	28
Sachsen-Anhalt ..	94	0	28
Thüringen	96	1	13
Sachsen	206	3	37
insgesamt	571	5	122

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

Besondere Bedeutung kommt in den neuen Ländern der Unterstützung der Selbsthilfe 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 wurden in den neuen Bundesländern rund 1 500 zusätzliche Stellen 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.

3.43

Zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation fördert das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Rahmen eines Modellprogramms überregionale Einrichtungen oder Modelleinrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Hierzu wurden in den Jahren 1994 bis 1997 Fördermittel in Höhe von insgesamt rund 250 Mio DM bereitgestellt. Bei den bisherigen Förderschwerpunkten „Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation“ und „Neurologische Rehabilitationseinrichtungen“ ist die Förderung in den alten Bundesländern abgeschlossen; weitere Einrichtungen werden nur noch in den neuen Bundesländern gefördert. Neben den bisherigen Förderschwerpunkten „Geriatrische Rehabilitation“ und „Fachübergreifende Rehabilitation im Krankenhaus“ sollen in den kommenden Jahren ambulante Modelleinrichtungen ein weiterer Schwerpunkt des Förderprogramms sein. Die Bundesregierung fördert die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation aber nicht nur finanziell; vielmehr wurden als Grundlage für zahlreiche Projekte

des Modellprogramms Konzeptionen für die geriatrische Rehabilitation, die neurologische Frührehabilitation, die fachübergreifende Rehabilitation im Krankenhaus und für die ambulante Rehabilitation und damit neue Wege im Bereich der medizinischen Rehabilitation entwickelt.

3.44

Rehabilitationssport ist ein wichtiger und fester Bestandteil der Rehabilitation. Er wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die Behinderten ein, um insbesondere ihre Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zu stärken. Die sporttherapeutischen Übungen der regelmäßigen Übungsveranstaltungen sind nicht physikalische Therapie, sondern aus den Rehabilitationssportarten (Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Bewegungsspiele in Gruppen) zu entwickeln. Hierbei ist der Gruppeneffekt, die gemeinsame Durchführung im Kreise Gleichbetroffener, von besonderer Bedeutung. Rehabilitationssport ist gleichermaßen angezeigt bei Einzelschäden an Bewegungsorganen wie auch bei Mehrfachschäden, bei Störungen innerer Organe, bei neurologischen und geistig-seelischen Schädigungen. Nach einer schweren Erkrankung, zum Beispiel Herzinfarkt, Schlaganfall oder Querschnittlähmung, bietet Rehabilitationssport eine wirksame Hilfe, Krankheitsbeschwerden und Folgen der Behinderung durch Hilfe zur Selbsthilfe zu mindern; er fördert zugleich die gesellschaftliche Integration sowie eine Steigerung des Selbstwertgefühls.

Die Leistungsvoraussetzungen für den Rehabilitationssport sind im Rehabilitations-Angleichungsgesetz und in den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden ergänzenden Vorschriften festgeschrieben. Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation haben die Rehabilitationsträger mit Wirkung ab 1994 eine erneuerte Gesamtvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining geschlossen. Diese bildet die Grundlage für die Durchführung der vorher getrennt geregelten Bereiche „Rehabilitationssport“ und „Funktionstraining“. Durch die Regelung „unter einem Dach“ ist eine schärfere Indikationsstellung möglich; sie berücksichtigt im übrigen auch stärker Herzgruppen und verbessert das Anerkennungsverfahren für die Rehabilitationssport-Gemeinschaften und Funktionstrainingsgruppen. Schließlich wird die ärztliche Verordnung entsprechender Leistungen klargestellt.

Rehabilitationssport stellt nicht unmittelbar auf die Heilung einer Krankheit ab, sondern ist eine ergänzende, über die unmittelbare medizinische Behandlung hinaus wirkungsvoll anwendbare Maßnahme der ganzheitlichen Rehabilitation mit dem Ziel, zur Beseitigung, Linderung oder Kompensation der Behinderung, zur Vermeidung, Verringerung oder Beseitigung von Krankheitsfolgen, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit, zur Erreichung behindertengerechten Verhaltens, zur Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen, zur Einübung im Gebrauch technischer Hilfsmittel beizutragen.

Derzeit beraten die in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Rehabilitationsträger Empfehlungen zur Umsetzung der Gesamtvereinbarung. Solche Empfehlungen sollen dazu dienen, für die in der Praxis relevanten Hauptanwendungsbereiche Kriterien zur Entscheidung über die Förderung des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings einschließlich der Dauer der Förderung festzulegen.

3.45

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. Für die Teilnahme der genannten Berechtigten in den alten und neuen Bundesländern sind im Bundeshaushalt für 1998 insgesamt 5,3 Mio DM vorgesehen.

Insgesamt bietet der Rehabilitationssport Hilfe zur Selbsthilfe und damit zur Erreichung und Sicherung einer ganzheitlichen Rehabilitation sowie zur Eingliederung in Familie, Beruf und Gesellschaft. Nicht zuletzt trägt zur Integration bei, daß der Rehabilitationssport im Sportverein mit seinen bestimmenden Gegebenheiten durchgeführt wird. Zu nennen sind etwa Solidarität mit den Mitsportlern, Freiwilligkeit des Mitmachens, weitgehende Mitbestimmung von Inhalt und Ablauf der Übungsveranstaltung, eigene aktive Beteiligung, Eigenverantwortung und Teilnahme am gesellschaftlichen Umfeld des Vereins.

3.46

Dagegen wirkt das **Funktionstraining** besonders mit Mitteln der Krankengymnastik und Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (zum Beispiel Muskeln oder Gelenke) der behinderten Menschen. Funktionstraining ist immer organorientiert, es dient der Erhaltung von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Störungen der Funktionen sowie dem Herausögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile. Einerseits kann es zwischen Rehabilitationssport und Funktionstraining keine Überlappungen geben; andererseits können beide Leistungen parallel eingesetzt werden.

Der Rehabilitationssport erfährt inzwischen verstärkte Beachtung durch die Wissenschaft. Dies zeigt der 1995 veranstaltete 1. Internationale Kongreß „Rehabilitation durch Sport“, der getragen war von dem Ziel, alle Wissenschaftsgebiete, die sich mit der Rehabilitation des behinderten Menschen durch Sport auseinandersetzen, zu aktuellen Themen zusammenzuführen. Zu den Schwerpunktthemen Mehrfach-

behinderte, Sucht/Psychisch Kranke, Osteoporose und Schlaganfall gab es einführende medizinische und sportpädagogische Übersichten; Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen und praxisbezogene Erfahrungsberichte wurden vorgestellt, ergänzt durch Praxisdemonstrationen, Teamgespräche und Videobeiträge. Ergänzend wurden in Übersichtsreferaten der aktuelle Wissensstand und neue Entwicklungen auf den Gebieten Immunologie, Kardiologie, Blinde und Sehbehinderte sowie Organisation und Recht dargestellt.

Der Deutsche Behinderten-Sportverband erhält aus Bundesmitteln Zuwendungen zu den Verwaltungskosten und zu bundesweiten Lehrgängen zur Fortbildung von Übungsleitern und Ärzten für den Behindertensport. Dadurch soll sichergestellt werden, daß der Behindertensport auf der Grundlage der Gesamtvereinbarung durchgeführt und weiterentwickelt werden kann; für 1997 sind 230 000 DM vorgesehen.

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 Ausgrenzung empfunden und deshalb abgelehnt; gerade im Bereich der Bildung wird erwartet, daß durch Öffnung der allgemeinen Einrichtungen für Behinderte eine differenzierte zwischenmenschliche und interkulturelle Wahrnehmung ermöglicht wird.

Diese allgemeine Tendenz ist durch das 1994 als Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 in das Grundgesetz eingefügte Benachteiligungsverbot zugunsten Behinderter noch verstärkt worden. Aus dieser Regelung wird vielfach der Anspruch behinderter Menschen abgeleitet, nicht ohne zwingenden Grund gegen den eigenen

Willen auf Sondereinrichtungen verwiesen zu werden. Das Bundesverfassungsgericht sieht jedoch in seinem ersten bisher hierzu ergangenen Beschluß vom Oktober 1997 nicht die Einrichtung von oder die Zuweisung zu Sondereinrichtungen selbst als verfassungswidrige Benachteiligung; aber das Benachteiligungsverbot erlegt dem Staat, wie das Gericht festgestellt hat, eine erhöhte Begründungspflicht für den Fall auf, daß er einem gesetzlich festgelegten Vorrang gemeinsamen Unterrichts für behinderte und nichtbehinderte Schülerinnen und Schüler nicht entsprechen will.

4.2

Derzeit besteht Einigkeit im Ziel: die Bildungseinrichtungen und die in ihnen realisierten allgemeiner 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, inwiefern das Ziel der beruflichen und gesellschaftlichen Integration eher über Sonder-/Fördereinrichtungen oder über ein gemeinsames Leben und Lernen Behinderter zusammen mit Nichtbehinderten in Regelleinrichtungen zu erreichen ist.

In den letzten Jahren unterstützen sowohl die länderübergreifenden als auch die länderspezifischen bildungs- und sozialpolitischen Grundaussagen deutlich den Ausbau integrativer Angebotsstrukturen; die positive Bedeutung gemeinsamer Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder und Jugendlicher wird im Grundsatz von keiner Seite bestritten, vor allem für den Vorschulbereich. Allerdings sind die jeweiligen Aussagen häufig allgemein formuliert, so daß der Handlungsdruck zum Ausbau inhaltlich angemessener, flächendeckender Integrationsangebote entsprechend der Elternnachfrage begrenzt bleibt. Oftmals stehen landespolitische Rahmenaussagen zudem unter Haushaltsvorbehalt und sind damit, wie die erwähnte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts belegt, individuell nur sehr eingeschränkt einzufordern. Zudem steht die Paralleltät von Angebotsstrukturen häufig unter dem Vorbehalt der Kostenneutralität; Wahlalternativen sind dann aus dem Gesamtbudget zu gestalten, und vielfach werden notwendige, teilweise bereits erreichte Standards nicht mehr gewährleistet.

4.3

In den neuen Bundesländern wurden **Tagesangebote für Kleinstkinder** unter drei Jahren rasch Bestandteil der neuen Kindertagesstättengesetze; auch neue Kindertagesstättengesetze in den alten Bundesländern nehmen solche Angebote heute in der Regel auf. Allerdings besteht bislang kein allgemeiner, individueller Rechtsanspruch für (behinderte) Kleinstkinder auf eine Tagesbetreuung; für sie werden die nach dem Bundessozialhilfegesetz zu leistenden heilpädagogischen Maßnahmen in der Regel ambulant, insbesondere durch die ambulanten und mobilen Frühförderstellen, erfüllt.

Je nach den örtlichen Gegebenheiten, dem aktuellen Bedarf und den Wünschen der Eltern haben sich unterschiedliche Formen institutioneller Tagesangebote für (behinderte) Kinder unter drei Jahren entwickelt, zum Beispiel Krabbelgruppen, Kinderkrippen, sozialpädagogische Spielkreise, Tagesmütter/-väter, altersgemischte Kindertagesstätten. Nach einer Umfrage im März 1997 betrug die Zahl anerkannter Krippenplätze (und vergleichbarer Plätze in altersgemischten Kindertagesstätten) in den einzelnen Bundesländern zwischen 0 und etwa 100 Plätzen mit einem großen Ungleichgewicht zwischen alten und neuen Bundesländern. Eltern mit behinderten Kleinstkindern – insbesondere in den alten Bundesländern – sind damit häufig auf selbstinitiierte Betreuungsformen (zum Beispiel Eltern-Kind-Gruppen) angewiesen, wenn sie während des Tages eine Unterbringung suchen.

Derartige Tagesangebote geben den betroffenen Familien die Möglichkeit, ihre individuelle Familiensituation und ihre Lebensplanung so zu gestalten, daß alle Beteiligten davon profitieren. Allerdings müssen sie so gestaltet werden, daß sie als frühzeitige, regelmäßige, zeitlich umfängliche und verlässliche Entlastung der betroffenen Familien wirksam werden. Mögliche Probleme in der frühkindlichen Entwicklung durch eine zeitweilige Trennung von Eltern und Kind im Alltag sind insbesondere dann abzuwägen, wenn die Alternative die viel problematischere Fremdunterbringung wäre. Derartige Angebote haben vor allem dann familienerhaltende Qualität, wenn die Rahmenbedingungen bedarfsgerecht ausgestaltet werden; allerdings sollten Eltern in ihrer persönlichen Entscheidung für oder gegen solche Angebote nicht bedrängt werden.

4.4

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.

Insgesamt haben sich unter der Zielsetzung der gemeinsamen Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung im Kindergartenalter unterschiedliche Organisationsformen entwickelt:

- Einzelintegration behinderter Kinder im Nachbarschaftskindergarten,
- Bildung von integrativen Gruppen in Regelkindergärten (neben Regelgruppen),
- Bildung von integrativen Gruppen in Sonderkindergärten (neben Sondergruppen),
- Einrichtung integrativer Kindergärten mit durchgängigem Prinzip gemeinsamer Erziehung in allen Gruppen,

- Sonder- und Regelkindergarten als getrennte Organisationsformen, auch mit getrennter Trägerschaft „unter einem Dach“ (additive Form).

Für das Kindergartenalter ist eine deutliche Zunahme integrativer Angebote zu beobachten. Insgesamt befinden sich gegenwärtig etwa 20 000 wesentlich behinderte Kinder in den unterschiedlichen Organisationsformen integrativer Kindergartenarbeit. Dagegen besuchen etwa 27 000 Kinder mit Behinderung im Kindergartenalter Sondergruppen eines (Sonder-)Kindergartens oder spezielle Vorschuleinrichtungen an Sonderschulen. Die Integrationsquote für wesentlich behinderte Kinder liegt damit im Bundesdurchschnitt heute bei etwa 43 v. H. Dabei lassen sich heute folgende Ländergruppen unterscheiden:

- Bremen und Hessen weisen eine Integrationsquote von über 80 v. H. auf; in Hessen wurde zusätzlich erreicht, daß verbleibende Sondergruppen durchgängig integrativen Kindertagesstätten zugeordnet sind, also keine reinen Sonderkindertagesstätten mehr bestehen.
- Eine zweite Ländergruppe besteht aus Brandenburg und Mecklenburg, die deutlich die Quote von 70 v. H. integrativer Kindergartenplätze überschreiten.
- Berlin, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen haben ein Anteil bei den Integrationsplätzen von etwa 60 v. H.
- In Nordrhein-Westfalen sowie im Saarland liegt diese Quote bei 40 v. H.
- In Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt ist auch heute noch eine deutliche Dominanz von Sondergruppen und Sonderkindertagesstätten zu verzeichnen; der Anteil behinderter Kinder, die einen integrativen Kindergarten besuchen, liegt in diesen Bundesländern unter oder um 30 v. H.
- Baden-Württemberg und Bayern haben ein ausgebautes System von Vorschuleinrichtungen an Sonderschulen und weisen daher ebenfalls nur einen relativ geringen Gesamtanteil integrativer Plätze auf, in Bayern etwa 14 v. H. In den außerhalb von Schulen angesiedelten „klassischen“ Kindergärten in Bayern dominieren inzwischen ebenfalls integrative Angebote; in Baden-Württemberg gibt es sogar überhaupt keine Sonderkindergärten (mehr).

4.5

Der Ausbau integrativer Angebote verläuft somit in Deutschland kontinuierlich, unterscheidet sich jedoch quantitativ und qualitativ erheblich von Land zu Land. Uneinheitlich fällt bei den Ländern auch die Grundentscheidung aus, integrative Institutionen als gleichberechtigte Angebotsform neben Sondereinrichtungen zu stellen oder aber deutlich die Subsidiarität von Sondereinrichtungen zugunsten integrativer Angebote zu verankern. Die neuen Bundesländer gehören mittlerweile eher zu den Ländern, die einen hohen Anteil integrativer Angebote im Kindergartenalter aufweisen können.

Der Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz für alle Kinder ab dem vollendeten dritten Lebensjahr im Achten Buch Sozialgesetzbuch brachte zumindest in den alten Bundesländern einen teilweise erheblichen Ausbaubedarf an Kindergartenplätzen, der insbesondere für die Bereitschaft von Kommunen zur Einrichtung integrativer Gruppen nicht immer förderlich scheint, da bei diesen Gruppen aufgrund entsprechender Vorgaben die Platzzahl – im Vergleich zu Regelgruppen – zu reduzieren ist. In den neuen Bundesländern sind demgegenüber mancherorts Überkapazitäten Anlaß, die Aufnahme behinderter Kinder auch als Sicherung der Existenz von Regeleinrichtungen zu nutzen.

4.6

Das Konzept der Einzelintegration bringt die meisten fachlichen Probleme, obwohl es pädagogisch dem Konzept der Integrationsgruppe nicht unbedingt unterlegen und eine gute Ergänzung ist, um insbesondere in ländlichen Regionen weite Wege und neue große Zentraleinrichtungen zu vermeiden. Bei knappen Finanzressourcen besteht jedoch die Gefahr, daß die notwendigen Rahmenbedingungen nicht gesichert sind; bei Ausstattung, Fachberatung, Vorbereitung aller Beteiligten, Weiterqualifikation der Erzieherinnen sowie heilpädagogischen und therapeutischen Angeboten bestehen starke Unterschiede. Einzelintegration entspricht zwar wichtigen Grundsätzen wie Wohnortnähe und flächendeckender Integration, dient bei Mangelausstattung jedoch oft als „Einsparmodell“. Die Qualitätsentwicklung und -sicherung in diesem Feld ist daher eine besonders wichtige Aufgabe.

Zu der Frage, inwieweit Kinder unterschiedlicher Behinderungsarten und -schweregrade an der Gesamtentwicklung gleichermaßen Anteil haben, weisen statistische Informationen in der Regel verschiedene Teilgruppen nicht differenziert aus. Auch wenn die Landesvorschriften eine Beteiligung an Integrationsgruppen unabhängig von Art und Schwere einer Behinderung ermöglichen, findet in der Praxis insbesondere Einzelintegration eher bei von Behinderung bedrohten und leichter behinderten Kindern statt; bei schwereren Behinderungen sinkt somit gerade in den Bundesländern, die weiterhin ein breit ausgebautes System von Sondereinrichtungen im Vorschulalter vorhalten, die Chance auf einen Integrationsplatz.

4.7

Nach dem Bremischen Kindergarten- und Hortgesetz, das hier exemplarisch angesprochen werden soll, werden für Kinder, die aufgrund von Behinderungen oder Benachteiligungen besonderer Förderung bedürfen, im Kindergarten und Hort entsprechende Angebote nach pädagogischen Konzeptionen geschaffen, die die Träger eigenständig entwickeln und mit den Jugendbehörden abstimmen, und zwar soweit wie möglich in den allgemeinen Einrichtungen und soweit erforderlich in besonderen Einrichtungen. Als Angebotstypen im Vorschulbereich haben sich in Bremen entwickelt:

- Integrative Gruppen in bestimmten „Integrations-einrichtungen“,
- Integrative heilpädagogische Tageserziehung in Regeleinrichtungen sowie
- flexiblere Maßnahmen der Unterstützung in Regelgruppen durch sog. Integrationshelfer.

Dabei wird von folgender Zielsetzung ausgegangen:

- Gemeinsame Erziehung soll grundsätzlich für alle Kinder offen sein.
- Die Kinder sollen altersgemischt und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Behinderungen in gemeinsamen Lernangeboten in einer den Problemen adäquaten Gruppenstärke gefördert werden, die so strukturiert sein müssen, daß sich alle Kinder entsprechend ihren Möglichkeiten daran beteiligen können. Sie dürfen nicht zu einer Separierung behinderter und nichtbehinderter Kinder führen.
- Therapeutische Angebote sollen in ihren Übungs- und Anwendungsformen so in den pädagogischen Prozeß integriert werden, daß Isolationsprobleme vermeidbar sind.
- Erfahrungen aus dem Frühförderbereich sind an das pädagogische Team der integrativ arbeitenden Einrichtung weiterzugeben, dasselbe gilt für die Rückkopplung von Erfahrungen aus der integrativen Arbeit in den Schulbereich.
- Integrative Einrichtungen sollen wohnortnah vorhanden sein, um auch außerhalb der Betreuungszeit Kontakte zu ermöglichen.
- Diese Grundsätze gelten gleichermaßen auch für das Feld der ambulanten Einzelfördermaßnahmen.

Integrationseinrichtungen mit behinderten, entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern erhalten nach den jeweils abgestimmten Konzeptionen Zusatzausstattungen an sozialpädagogischen, behindertenpädagogischen, pflegerischen und therapeutischen Kräften. Pro behindertem Kind in Integrationsgruppen wird in städtischen Einrichtungen eine sozialpädagogische Zusatzkraft für 10 Wochenstunden eingesetzt. Gruppenübergreifende Unterstützung leisten die Fachberatung, das Gesundheitsamt und die Erziehungsberatung. Therapeutische Beratung und Unterstützung (Krankengymnastik, Logopädie, Motopädie) erfolgt über einen „Therapeuten-Pool“ mit 8 Stellen und Honorarmitteln.

Für die integrative heilpädagogische Tageserziehung im Vorschulbereich beträgt die Gruppenstärke 20 Kinder, davon 5 mit besonderem erzieherischen Bedarf, die durch eine sozialpädagogische Zusatzkraft gefördert werden. Gruppenübergreifend wirken Behindertenpädagogen, Psychologen und Heilpädagogen bei der Beratung, Unterstützung und Familienarbeit mit; darüber hinaus stehen Sachmittel sowohl für die Einbeziehung der Eltern und Kinder in die Gruppenaktivitäten als auch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung des eingesetzten Teams zur Verfügung. Dieses Integrationsmodell wurde seit 1984 kontinuierlich – allerdings mit Schwerpunktsetzung für Kinder im Hortalter – entwickelt; für Kinder im Vorschulalter werden nur knapp 10 v. H. der Plätze genutzt.

Das Integrationshilfe-Programm zielt auf Hilfe, Unterstützung und Therapie der betreuten Kinder im Alter von drei bis zwölf Jahren entsprechend dem dokumentierten spezifischen Hilfebedarf; es bietet gute Möglichkeiten einer integrativen Förderung aller Kinder in den Regeleinrichtungen unter Berücksichtigung des individuellen Förderungsbedarfs. Aufbauend auf den Fähigkeiten und Kompetenzen des Kindes beziehen Integrationshelfer durchschnittlich zehn Wochenstunden je Kind das soziale und familiäre Feld ein, bei Bedarf auch schulische Aspekte und das Wohnumfeld.

4.8

Nachdem die Finanzierung lange Zeit umstritten war, haben sich inzwischen die zuständigen Leistungsträger weitgehend dahin geeinigt, daß für eine qualifizierte gemeinsame Erziehung von behinderten und nichtbehinderten Kindern Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz geleistet und Regelkindergärten als teilstationäre Einrichtung im Sinne des Bundessozialhilfegesetz angesehen werden können, wenn die notwendigen Hilfen für behinderte Kinder gewährleistet sind; damit sind die Voraussetzungen für eine Mischfinanzierung aus Mitteln der Jugendhilfe und der Sozialhilfe gegeben.

Modellprojekte und eine teilweise 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.

4.9

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 aus behinderungsbedingten Gründen in Regelschulen 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.

Im Mai 1994 hat die Ständige Konferenz der Kultusminister und -senatoren der Länder „Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen“ herausgegeben, die – mit Ausnahme der Richtlinien für die einzelnen Sonderschulen – die bis dahin gültige „Empfehlung zur Ordnung des Sonderschulwesens“ vom März 1972 ablösen. In den neuen Aussagen haben sich gegenüber den alten Empfehlungen einige neue pädagogische Leitvorstellungen und Orientierungen durchgesetzt, so zum Beispiel

- vom Denken in Behinderungsarten zur personenbezogenen, bedarfsorientierten Sichtweise;
- von der Defizitorientierung zum förderdiagnostischen Konzept;
- von der starren Fixierung auf Sonderschulen und dem damit verbundenen Vorrang institutioneller Regelungen und Festlegungen zur Vielfalt und flexiblen Ausstattung verschiedener Schulformen für behinderte Kinder;
- von der Sonderpädagogik als eigenem Weg zu einer Rolle als Bestandteil und Ergänzung der allgemeinen Pädagogik.

4.10

Schulische Organisationsformen für Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf haben sich in den letzten zwanzig Jahren in unserem Land zunehmend ausdifferenziert. Diese Entwicklung verläuft jedoch in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich, besonders für den gemeinsamen Unterricht behinderter und nichtbehinderter Kinder und Jugendlicher. Unterschiede finden sich zum Beispiel in bezug auf

- die gesetzliche Verankerung,
- die entwickelten Organisationsformen,
- die schülerbezogenen Zugangskriterien,
- die finanzielle Ausstattung und Ausgestaltung,
- die beteiligten Schulstufen und Schulformen,
- die quantitative Verbreitung,
- den Einfluß der Erziehungsberechtigten.

So bestimmen vor allem landesspezifische und regionale Bedingungen, was für Kinder mit besonderem pädagogischen Förderbedarf ausschließlich oder alternativ möglich ist:

- der Besuch einer traditionellen Sonderschule,
- der Besuch einer Sonderschule mit engen Kooperationsbeziehungen zu einer allgemeinen Schule,
- die Unterrichtung in einer ausgelagerten Sonderklasse unter dem Dach einer allgemeinen Schule,
- der Besuch einer wohnbezirksübergreifenden Integrationschule oder

- der Schulbesuch in der wohnortnahen Grundschule um die Ecke.

In einigen Bundesländern (zum Beispiel Berlin, Hessen und Schleswig-Holstein) wurde das Recht auf Schulbesuch für Kinder mit Behinderung mittlerweile um ein Wahlrecht zwischen gemeinsamem Unterricht und Sonderbeschulung ergänzt.

Die Integration Behinderter ist im übrigen Aufgabe aller Schultypen und nicht auf bestimmte Organisationsformen beschränkt. Sonderschulen realisieren integrative Formen der Förderung zum Beispiel durch Unterrichtsvorhaben mit allgemeinen Schulen, Außenklassen, gemeindenaher Schularbeit und schuler-gänzende Angebote; Schulen aller Schularten leisten praktische Integrationsarbeit durch Begegnungs- und Kooperationsprojekte mit Behinderten im Rahmen ihres Erziehungs- und Bildungsauftrages.

4.11

Das differenzierte und gut ausgebaute System von **Sonderschulen** – mit dem Ziel der behinderungsspezifischen Förderung – besteht aus 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 Schulen oder Klassen für Behinderte befanden sich im Schuljahr 1996/1997 insgesamt 398 566 Schülerinnen und Schüler. In den alten Bundesländern (ohne Berlin) waren es 286 126, in den neuen Bundesländern (mit Berlin) 112 440, darunter:

	alte Bundesländer	neue Bundesländer	insgesamt	davon Schülerinnen in v. H.
Lernbehinderte	146 676	74 077	220 753	37,8
Blinde und Sehbehinderte	3 512	983	4 495	42,9
Gehörlose und Schwerhörige	8 099	2 268	10 367	42,3
Sprachbehinderte	23 903	7 880	31 783	27,8
Körperbehinderte	16 528	3 538	20 066	39,7
Geistigbehinderte	40 789	17 265	58 054	40,4
Verhaltensgestörte	17 587	4 033	21 620	14,5

Die Anzahl Lernbehinderten an Sonderschulen betrug 1991 insgesamt 203 100; demgegenüber besuchten 1991 insgesamt 8,65 Mio und 1995 insgesamt 9,93 Mio Schülerinnen und Schüler allgemeinbildende Schulen. Der Anteil Lernbehinderter an der Gesamtschülerzahl betrug mithin 1991 2,35 v. H. und 1995 2,23 v. H. Eine Interpretation dieser Entwicklung ist schwierig, da statistisch nicht ausgewiesen ist, wie viele lernbehinderte Kinder und Jugendliche an allgemeinen Schulen unterrichtet werden, sei es in Form der sogenannten „verdeckten“ Integration, sei es in integrativ arbeitenden Klassen im Rahmen amtlich genehmigter Modellversuche, sei es aufgrund gesetzlicher Regelungen.

4.12

Die Zahl der behinderten Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die als „Integrationskinder“ eine Regelschule besuchen, wird heute bundesweit auf etwa 15 000 geschätzt. Damit werden erst etwa 4 v. H. aller schulpflichtigen Kinder und Jugend-

lichen, die ohne Integrationsangebote eine Sonderschule besuchen müßten, in Regelschulen unterrichtet.

Während bundesweit ein eindeutiger Trend zu verzeichnen ist, Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die mit zusätzlichen Hilfen das Lernziel der allgemeinen Schule erreichen können, integrativ zu unterrichten, führen vor allem die Kinder und Jugendlichen, die aufgrund von Art und Schwere ihrer Behinderung eine zieldifferente Unterrichtung in der allgemeinen Schule benötigen, zu einer Polarisierung in der Schulpolitik der Bundesländer.

Insgesamt dürften heute etwa 1 100 Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern „amtlich legitimiert“ unterrichtet werden, davon in Grundschulen etwa 850 und der Sekundarstufe I etwa 250; dies ergibt bundesweit einen Anteil von etwa 2 v. H. Nach Auffassung der Bundesvereinigung Lebenshilfe könnte dieser Anteil bei entsprechendem Gestaltungswillen in Flächenstaaten auf nahezu 8 v. H. (wie in Schleswig-

Holstein) und in Stadtstaaten auf 10 v.H. (wie in Hamburg) ausgeweitet werden, und zwar mit voller Teilhabe am Unterricht der allgemeinen Schule. Für weitaus mehr Kinder dieser Zielgruppe ist die Entwicklung in Richtung allgemeine Schule durch unterschiedlich intensive Formen der Kooperation ebenfalls in Bewegung gekommen.

4.13

Alle Bundesländer mit der Möglichkeit gemeinsamer Unterrichtung bei unterschiedlichen Lernzielen haben einen Ressourcenvorbehalt; nur bei entsprechender sonderpädagogischer Ausstattung wird der Zugang zur allgemeinen Schule eröffnet. Ein solcher Vorbehalt scheint aber rechtlich fragwürdig, soweit die Landesgesetzgebung sonderpädagogische Förderung vorrangig als Aufgabe allgemeiner Schulen verankert hat. Im übrigen stellen Eltern in allen Bundesländern mehr Anträge auf gemeinsamen Unterricht, als entsprechend ausgestattete Plätze in allgemeinen Schulen vorhanden sind.

Ob ein Kind mit Behinderungen 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 Kind in der Gemeinschaft mit nichtbehinderten Schülern und Schülerinnen eine sinnvolle individuelle Entwicklung ermöglichen, ohne diese in ihrer Persönlichkeitsentfaltung zu benachteiligen. In einigen Bundesländern werden zur Entwicklung von mehr Integration Schulversuche zur Neustrukturierung des Schulanfangs durchgeführt, die keine Zurückstellung von behinderten Kindern vom Schulbesuch mehr vorsehen.

4.14

Einen wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung der integrativen Förderung stellen die **Sonderpädagogischen Förderzentren** ohne eigene Schülerschaft 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. Damit können Schülerinnen und Schüler betreut werden, die früher wegen ihrer Behinderung weit entfernte Sonderschulen besuchen mußten.

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

4.15

Integrationsbemühungen im schulischen Bereich stellen die Erhaltung und Weiterentwicklung der Sonderschulen nicht in Frage. Das bewährte, ständig weiterentwickelte Sonderschulwesen ist ein fester Bestandteil des Schulsystems. Es muß auch in Zukunft ein **differenziertes Angebot** für die behinderten Kinder bereitstehen, die aus behinderungsbedingten Gründen in Integrationsmaßnahmen nur unzureichend gefördert werden können oder die nach dem Willen der Eltern die Sonderschule mit ihren besonderen Fördermöglichkeiten besuchen sollen. Diese Auffassung wird auch durch die Ergebnisse von Modellversuchen gestärkt, die gezeigt haben, daß trotz einer zunehmenden Integrationsorientierung die Notwendigkeit besteht, zum Beispiel 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 Schulen für Schwerhörige und Gehörlose als Angebot erhalten bleiben müssen, damit den unterschiedlichen kommunikativen Bedürfnissen schwerhöriger und gehörloser Schülerinnen und Schüler entsprochen werden kann. Auch ein Teil der Schülerinnen und Schüler mit Lernbehinderungen und Verhaltensstörungen konnte trotz großer Anstrengungen nicht im integrativen Klassenverband verbleiben und wurde in die entsprechenden Schulen für Behinderte 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 und eine Orientierung auf ein größtmögliches Berufsspektrum enthalten.

4.16

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 aller jungen Menschen, behindert oder nicht, verbessert und daß ihre gemeinsame Ausbildung und Erziehung in der Schule sie 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. Pädagogische Standards und materielle Rahmenbedingungen haben erfahrungsgemäß eine wichtige Schlüsselfunktion für Erfolg oder Mißerfolg von schulischem Lernen, und zwar unabhängig vom Lernort Sonderschule oder allgemeine Schule. Probleme ergeben sich auch aus der häufig noch unklaren Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen von Bildungs- und Sozialbereich bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer Behinderung.

4.17

Die Weiterentwicklung der Konzeption zur schulischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und sonderpädagogischem Förderbedarf in allgemeinbildenden Schulen ist im wesentlichen geprägt durch folgende Fragekreise:

- Qualifizierung und Effizienzsteigerung durch Zusammenarbeit mit Partnern aus Pädagogik und anderen Fachdisziplinen sowie die Vernetzung von institutionellen Angeboten und Diensten;
- Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung schulischen Lernens durch computerunterstützte Verfahren;
- Intensivierung der sozialen Integration Behinderter.

Aufgrund der Komplexität und des Ausmaßes erschwerter Lern- und Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und sonderpädagogischem Förderbedarf sind bei der schulischen Förderung zunehmend neue Arbeitsstrukturen erforderlich; Lehrer, Schule und Schulverwaltung müssen in einem Netzwerk von Informations- und Beratungssituationen gemeinsam mit Partnern anderer Fachgebiete (zum Beispiel Medizin, Pflege, Jugendhilfe) wesentliche Grundvoraussetzungen und Lösungsansätze für den Einzelfall erarbeiten. Zu dieser Qualifizierung gehört auch eine veränderte Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten, die als primär Verantwortliche ihre spezifische Kompetenz in die Erörterung um die pädagogische Förderung einbringen.

Durch die Entwicklung im Bereich der modernen Informations- und Kommunikationstechnologien und der damit verbundenen Hilfsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen sind neue Aufgabenfelder und Möglichkeiten für die Schulen und Lehrer entstanden. In diesem Zusammenhang sind einrichtungsübergreifende Beratungs- und Unterstützungsleistungen durch qualifizierte Fachleute für die einzelnen Institutionen erforderlich geworden. Diese Beratungszentren halten für die einzelnen Einrichtungen auch den Anschluß an den aktuellen Standard der Entwicklung in diesem Bereich.

4.18

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 unter anderem 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, in breite Anwendungspraxis umzusetzen und neue Anwendungen der neuen Technologien für die verschiedenen Behindertengruppen zu erschließen. So werden zum Beispiel in einem 1996 begonnenen und vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie geförderten Modellprojekt die Einsatzmöglichkeiten des Computers als Lernmedium im Arbeitstrainingsbereich der Werkstätten für erwachsene geistig Behinderte erprobt. Allerdings bringen die neuen Medien nicht nur Vorteile, sondern auch Probleme, beispielsweise neue Zugangsbeschränkungen wie etwa graphische Oberflächen für Blinde.

4.19

Bereits in der Schule muß damit begonnen werden, behinderte junge Menschen auf das Ziel der **Eingliederung in das spätere Arbeitsleben** vorzubereiten. Eine Auseinandersetzung mit den nachschulischen Lebensperspektiven setzt voraus, daß in den Schulen bereits frühzeitig mit einer Förder- und Verlaufsdagnostik begonnen wird, mit der neben Kulturtechniken und kognitiven Fähigkeiten auch die für den beruflichen Eingliederungsprozeß wichtigen Bereiche wie Arbeitsverhalten und soziale Fähigkeiten erfaßt und zur Grundlage gezielter Förderprogramme gemacht werden; dies würde die Entscheidungssicherheit bei der Planung der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen erheblich erhöhen.

Praktika stellen – neben berufskundlichem und -vorbereitendem Unterricht – ein erstes, für behinderte junge Menschen besonders wichtiges Bindeglied zur Arbeitswelt dar. Anzahl und Dauer der Praktika wäh-

rend der letzten Schuljahre sollten daher intensiviert werden; das letzte Praktikum sollte gezielt auf die individuellen Perspektiven vorbereiten, also je nach dem Ergebnis der bisherigen Förderdiagnostik in einem Betrieb oder einer Verwaltung des allgemeinen Arbeitsmarkts oder in einer Werkstatt für Behinderte stattfinden.

4.20

Zahlreiche Bundesländer sehen als Angebot der Jugendhilfe und organisatorischen Teil der Kindertagesstätte den Hort vor; Kindertagesstätten ermöglichen dann grundsätzlich eine durchgängige Betreuung für Kinder im Altersbereich bis 12 oder 14 Jahren. In der Regel bleibt es den Einrichtungen überlassen, die Hortkinder in altersgemischten Gruppen zusammen mit Kindern im Kindergartenalter oder aber als eigene Gruppen zu organisieren.

Horte gewinnen für Kinder mit einer Behinderung vor allem dort an Bedeutung, wo diese Kinder anstelle einer Sonderschule ganztags in einer öffentlichen Grundschule mit Halbtagsbetrieb gemeinsamen Unterricht mit nichtbehinderten Kindern besuchen. Die Ausgestaltung und Verbreitung von Hortangeboten hat allerdings nicht mit dem Ausbau des gemeinsamen Unterrichts Schritt gehalten. Einen Rechtsanspruch auf einen Hortplatz gibt es bislang nur in Sachsen-Anhalt und in Brandenburg; in anderen Landesgesetzen sind Einschränkungen dagegen die Regel. Wie Kinderkrippen werden Horte eher in der Funktion als Instrument der Erziehungshilfe bei sozialer Notlagenindikation, nicht dagegen als notwendiges Ergänzungsangebot für Kinder mit einer Behinderung in Halbtagschulen gesehen. Eine Ausnahme stellt Berlin dar; in landeseigenen Kindertagesstätten wurden Ende 1996 von den behinderten Kindern im Alter von 7 bis 12 Jahren insgesamt 118 in Integrationsgruppen und 122 Kinder in Sondergruppen betreut. Auch Bremen hat ein integratives Angebot für (insgesamt 252) behinderte Schulkinder im Hort. Ein bedarfsgerechter Ausbau und die finanzielle Absicherung der Hortstruktur in allen Bundesländern sind wichtige Forderungen zur Erweiterung integrativer Bemühungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung.

4.21

Aufgrund einer Behinderung darf kein Studienbewerber oder Student von der Integration in die **Hochschule** seiner Wahl ausgeschlossen sein; dies Ziel erfordert besondere Förderungsmaßnahmen. § 2 Abs. 5 des Hochschulrahmengesetzes und entsprechende Vorschriften in den Hochschulgesetzen der Länder machen es den Hochschulen zur Pflicht, die besonderen Bedürfnisse von Studierenden mit Behinderungen zu berücksichtigen. Entsprechend Beschlüssen der Kultusministerkonferenz von 1982 und 1987 hat sich die Studiensituation behinderter Studierender grundsätzlich verbessert. Diese Verbesserungen werden allerdings durch die allgemein erschwerten Studienbedingungen in Frage gestellt, da die Überlastsituation das soziale Klima belastet, sich auf behinderte Studierende besonders nachteilig auswirkt und

die Neigung verstärkt, die vielfach schwer erkennbaren Probleme behinderter Studierender zu vernachlässigen. Eine ganzheitliche Konzeption zur Verbesserung der Studienbedingungen von Studierenden mit Behinderungen und chronischen Krankheiten, die dieser Situation und den Anforderungen des jeweiligen Studienganges Rechnung trägt, kann nur in enger Zusammenarbeit aller verantwortlichen Stellen und in ständigem Erfahrungsaustausch mit den betroffenen Studierenden und ihren Interessenverbänden selbst erreicht werden.

Bei der 1994 durchgeführten 14. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerkes geben 2,3 v. H. der befragten Studierenden an, daß bei ihnen eine Behinderung vorliegt, 10,4 v. H., daß sie an einer chronischen Krankheit leiden. Unter den etwa 1,8 Mio Studierenden gibt es danach an den Hochschulen derzeit etwa 200 000 Betroffene, davon etwa 39 000 Behinderte und etwa 177 000 chronisch Kranke; zwischen den alten und den neuen Ländern sind insoweit keine wesentlichen Unterschiede festzustellen. Bei den Studierenden mit gesundheitlicher Schädigung herrschen Allergien und Atemwegserkrankungen vor; etwa 50 000 Studierende sind durch ihre Behinderung oder chronische Krankheit im Studium mittelgradig bis stark beeinträchtigt. Aufgrund der äußeren Bedingungen an den Hochschulen benötigen sie oftmals mehr Zeit zur Organisation und Durchführung des Studiums; ihr Studienverlauf ist häufig weniger gradlinig als der ihrer nichtbehinderten Kommilitoninnen und Kommilitonen, und der Anteil der Studiengangwechsler und der Studienabbrecher ist deutlich größer als bei den gesundheitlich nicht Beeinträchtigten.

4.22

Zur Verbesserung der **Studienmöglichkeiten** für behinderte und chronisch kranke Studierende unterhält das Deutsche Studentenwerk die zentrale Beratungsstelle für behinderte Studienbewerber und Studenten, die vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie gefördert wird. Die Beratungsstelle widmet sich insbesondere drei Aufgabenbereichen:

- Sie sammelt und dokumentiert Informationsmaterial, das für behinderte Studieninteressenten und Studierende sowie für Organisationen und Institutionen im Bildungs- und Behindertenbereich von Bedeutung ist, die sich mit der Beratung behinderter Studierender befassen.
- Sie berät bundesweit behinderte Studienbewerber und Studierende, vermittelt Ansprechpartner und erstellt eigene Informationsmaterialien, so die Broschüre „Behinderte studieren“, die einen Überblick über Studienvorbereitung, Studienhilfen und örtliche Beratungsangebote gibt; sie veranstaltet regelmäßig Seminare für behinderte Studieninteressierte und Studienanfänger sowie für Studierende am Ende ihres Studiums, und sie bemüht sich um Aus- und Fortbildung der Beauftragten für Behindertenfragen bei Hochschulen und Studentenwerken.

- Die Beratungsstelle wirkt darüber hinaus an der Vertretung der Interessen behinderter Studienbewerber und Studierender gegenüber Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit mit; sie greift die Probleme behinderter Studieninteressenten und Studierender auf, weist auf Unzulänglichkeiten ihrer Studiensituation hin und stellt Verbesserungsvorschläge zur Diskussion.

Um die Interessen behinderter Studienbewerber und Studierender wirkungsvoll vertreten zu können, arbeitet die Beratungsstelle unter anderem eng mit den Interessengruppen behinderter Studierender, mit den Beauftragten für Behindertenfragen sowie mit den örtlichen Studentenwerken zusammen. Wichtige Impulse für die Arbeit bekommt die Beratungsstelle von ihrem Beirat, in dem Verbände und Interessengruppen behinderter Menschen, Hochschulen, Studentenwerke sowie das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, die Hochschulrektorenkonferenz und betroffene Studierende vertreten sind. Die Arbeit der Beratungsstelle stößt auf große Resonanz.

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie unterstützt darüber hinaus hochschulbezogene zentrale Maßnahmen studentischer Verbände und anderer Organisationen, die sich um die Verbesserung der Studiensituation für behinderte und chronisch kranke Studierende bemühen und durch ihre Anregungen wertvolle Impulse für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitssituation ihrer behinderten Kommilitoninnen und Kommilitonen geben.

Durch die genannten Maßnahmen konnten die Studienmöglichkeiten behinderter und chronisch kranker Studierender in vielen Bereichen verbessert werden. Dennoch bedarf es auch weiterhin erheblicher Anstrengungen aller Verantwortlichen, um das Ziel einer barrierefreien, für alle zugänglichen Hochschule zu erreichen.

4.23

Das Bayerische Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung in München führte im Februar 1995 mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie sowie über das HELIOS-II-Programm der Europäischen Union eine Fachtagung zu „Studienbedingungen und Studienverhalten von Behinderten“ durch, an der Vertreter aus Politik und Verwaltung, Hochschulen und Behindertenorganisationen aus 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union und der Schweiz teilnahmen. Hauptanliegen waren Informationen über die Situation behinderter Studierender in der Bundesrepublik Deutschland, der internationale Erfahrungsaustausch über innovative Projekte und Modelle zur Unterstützung von Studium und Studienerfolg, zur Vernetzung verschiedener Dienste für Behinderte, zur Erschließung neuer Studienfächer für Behinderte, zu behindertengerechten Lehr- und Lernmitteln und schließlich zur Ausbildung von Beauftragten für behinderte Studierende an Universitäten. Auf der Tagung wurden unter anderem Empfehlun-

gen und Strategien zur europaweiten Verbesserung der Studienbedingungen und Berufschancen behinderter Studierender erarbeitet.

Das Forschungsprojekt an der Universität Dortmund „Studieren mit Behinderungen in den neuen Bundesländern“, das ebenfalls vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie gefördert wurde, erfaßte durch eine umfassende Bestandsaufnahme an allen Universitäten und Fachhochschulen die Möglichkeiten und Grenzen für ein Studium von Behinderten und chronisch Kranken in den neuen Bundesländern, verdeutlichte Probleme und Defizite in diesem Bereich sowie notwendige Verbesserungen und erarbeitete auf dieser Grundlage konzeptionelle Überlegungen und konkrete Verbesserungsvorschläge für weitere Planungen. Angesichts der vielfältigen Aufgaben und Schwierigkeiten des Umorientierungs- und Erneuerungsprozesses an den ostdeutschen Hochschulen wurden die Forschungsarbeiten besonders auf die Fragen ausgerichtet, wie die am ostdeutschen Transformationsprozeß Beteiligten notwendige Umorientierungen sowie Veränderungschancen und -schwierigkeiten an den Hochschulen beurteilen und zu verarbeiten versuchen.

4.24

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, zum Beispiel durch den Einbau von Rampen und rollstuhlgerechten Aufzügen. Der Bund beteiligt sich an diesen Investitionskosten, wenn sie höher als 3 Mio DM sind, mit 50 v.H. Da diese Summe 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; dadurch können seit 1988 verstärkt Bauvorhaben durchgeführt werden, die die Studienmöglichkeiten Behinderter verbessern.

Die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie beim Deutschen Studentenwerk geförderten Forschungsprojektes „Hochschule – behindertengerecht“ wurden 1994 mit dem Handbuch „Integrativ und barrierefrei“ veröffentlicht. Dieses Handbuch enthält grundlegende Planungshilfen und -daten für einen behindertengerechten Hochschul- und Studentenwohnraumbau. Es soll insbesondere Architekten und Bauingenieuren, aber auch den verantwortlichen Stellen bei Bund und Ländern zur Verfügung stehen, damit schon frühzeitig Hochschulanlagen und Studentenwohnheime barrierefrei geplant werden. Darüber hinaus bietet das Planungshandbuch wertvolle Anregungen für die Lehre in den an Bau-

maßnahmen beteiligten Fächern und die Vorbereitung der Studierenden auf eine Berufspraxis, in der behindertengerechtes Planen und Bauen zur Selbstverständlichkeit werden muß.

4.25

Ein Fernstudium bietet Studierenden die Möglichkeit, sich weitgehend zeitlich und räumlich unabhängig mit Lerninhalten vertraut zu machen. Die Kommunikation zwischen Studierenden, Lehrenden und Institutionen findet größtenteils über Medien statt. Charakteristikum dieser Studienform ist die flexible Studienorganisation, die eine individuelle Gestaltung des Studienablaufs ermöglicht. Das im Vergleich zum Präsenzstudium weitaus höhere Maß an Selbstbestimmung im Hinblick auf Lernort, Lernziel und Lerngeschwindigkeit bietet besonders auch für Behinderte erhebliche Vorteile. In den Fernstudienzentren stehen Studienberater und Mentoren zur Verfügung, die auch die besonderen Probleme behinderter Studierender berücksichtigen und eine entsprechende individuelle Beratung und Betreuung anbieten. Für Sehgeschädigte oder blinde Studierende bietet die FernUniversität-Gesamthochschule Hagen speziell aufbereitete Kurse, die dem Inhalt nach identisch mit den Studienbriefen in Normalschrift sind, jedoch – soweit erforderlich – didaktisch auf die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe abgestimmt sind.

Neben der FernUniversität Hagen als größtem Anbieter universitärer Fernstudien in Deutschland und einigen privaten Fernfachhochschulen bieten die staatlichen Präsenzhochschulen in wachsendem Maße Fernstudien an. Bund und Länder fördern den Ausbau des Fernstudiums an Präsenzhochschulen im Rahmen des Förderschwerpunktes „Fernstudium“ mit jährlich rund 10 Mio DM. Dadurch sind seit 1993 insgesamt 23 neue Studienmöglichkeiten sowohl der grundständigen Ausbildung als auch der berufsbezogenen wissenschaftlichen Weiterbildung entstanden.

Bereits heute wird der Studienbrief als traditionelles Leitmedium im Fernstudium zunehmend durch technische und audiovisuelle Medien ergänzt. Aktuelle und absehbare Entwicklungen in Rechnernetzung und Multimediatechnologie eröffnen dem Fernstudium der Zukunft weitere, ganz neue Gestaltungsmöglichkeiten, zum Beispiel in virtuellen Hochschulseminaren oder integrierten Telematikphasen, die die bisherigen Strukturen des Lehrens und Lernens im Fernstudium grundlegend verändern. Bund und Länder unterstützen diese Entwicklung im Rahmen des genannten Förderschwerpunktes. Die Projektförderung im Förderschwerpunkt wird auf der Grundlage der im Juni 1997 verabschiedeten weiterentwickelten Förderkriterien künftig vorrangig auf die Entwicklung und Erprobung von Verbundsystemen multimedial gestützten Lehrens und Lernens – auch in Verknüpfung mit Lehrangeboten des Präsenzstudiums – ausgerichtet.

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie mißt der Nutzung der neuen multimedialen Möglichkeiten für das Fernstudium – auch in der Verbindung von Fernstudien- und

Präsenzangeboten – hohe Bedeutung für die Weiterentwicklung des Hochschulsystems zu. Im Rahmen des ausgeschriebenen Ideenwettbewerbs für „Leitprojekte zur Nutzung des weltweit verfügbaren Wissens für Aus- und Weiterbildung und Innovation“ ist daher auch die Entwicklung von Konzepten zu virtuellen Lernsystemen bis hin zum Aufbau einer virtuellen Universität vorgesehen. Die abschließende Förderentscheidung für voraussichtlich fünf Leitprojekte wird im Frühjahr 1998 getroffen.

4.26

Behinderte und nichtbehinderte Studenten haben in gleicher Weise Zugang zur **Studienförderung** nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz. Zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile enthält das Gesetz bestimmte Sonderregelungen, beispielsweise Ausnahmen von der Altersgrenze oder bei der Vorlage von Leistungsnachweisen sowie die Erleichterung der Rückzahlung bei behinderungsbedingten Aufwendungen. Außerdem 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 bei der Förderung über die Förderungshöchstdauer hinaus – 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 des Ehegatten auf den Bedarf können auf Antrag Aufwendungen für behinderte Personen über die pauschal festgesetzten Freibeträge hinaus berücksichtigt werden, um unbillige Härten zu vermeiden.

4.27

Um Behinderte in die **Weiterbildung** einzubeziehen, trägt das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie 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 Interessen geistig behinderter Menschen sind in den Angeboten der Weiterbildung unzureichend berücksichtigt. Ebenso werden die Situation und die Probleme von Frauen mit Behinderungen in der Weiterbildung in der Regel nicht angesprochen. Diesem Mangel ist entgegenzuwirken, da das Bedürfnis nach Weiterbildung dieser Gruppen sehr groß ist. Für das Bedürfnis geistig behinderter Menschen nach Weiterbildung sind unter anderem folgende Aspekte zu benennen:

- 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 Werkstätten für Behinderte oder in der Wirtschaft erfordert einen Ausgleich, in dem psychische Bedürfnisse, Wissensdrang und Kontaktinteressen durch kreative Angebote aufgegriffen werden müssen.

Insbesondere sollten in den nächsten Jahren auch Weiterbildungsangebote für Frauen mit Behinderungen entwickelt und erprobt werden, die

- zu einem besseren Verständnis der eigenen Persönlichkeit, der Welt und der Gesellschaft führen,
- didaktisch und methodisch erwachsenengemäß angelegt sind,
- die Lernenden in ihren Motivationen und Entscheidungen respektieren,
- Selbständigkeit und Selbstbewußsein fördern,
- sich von Freizeitangeboten und therapeutischen Maßnahmen unterscheiden und
- insgesamt geeignet sind, die noch vorhandenen Chancengleichheiten zwischen Männern und Frauen mit Behinderungen in der Gesellschaft und im Beruf abzubauen.

4.28

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie förderte ein wissenschaftliches Begleitprojekt, mit dem vorhandene Ansätze zur Erwachsenenbildung Geistigbehinderter objektiviert und weiterentwickelt werden können, ferner die Entwicklung von Lernprogrammen auf Video für geistig behinderte Menschen, da der Einsatz von Multimedia bei Menschen mit solchen Behinderungen möglich und lernfördernd ist. Weiterhin wird zur Zeit mit dem Projekt „fragen – nachschlagen – anwenden“ ein Nachschlagewerk für Eltern und Erzieher vorbereitet.

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

Behinderte Menschen und die Einrichtungen und Dienste, in denen sie betreut werden, sind an Freizeitangeboten in Regeleinrichtungen interessiert.

Vereine, Volkshochschulen und professionelle Freizeitangebote sind aber noch viel zu wenig auf die Teilnahme behinderter Menschen eingestellt; noch immer werden solche Angebote als etwas Besonderes eingepriesen und in Medien vermarktet.

Volkshochschulen öffnen ihre Kurse selten für alle Interessierten; bei der Erwachsenenbildung sind Menschen mit Behinderungen daher häufig erneut unter sich. Das mangelnde Angebot veranlaßt die Einrichtungen der Behindertenhilfe, doch wieder eigene Kurse zu organisieren. Die behinderten Menschen bleiben dann wieder unter sich; und die Einrichtungen erhalten den Vorwurf, sie trügen zur Separierung bei. Der Deutsche Caritasverband unterstützt daher besonders die ehrenamtlichen Kräfte, die eine Teilnahme an den Regelangeboten in der Freizeit und der Erwachsenenbildung ermöglichen.

5. Berufliche Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter

5.1

Arbeit war und ist mehr als Broterwerb. Durch Arbeit erhalten Behinderte die Möglichkeit, entsprechend ihren Fähigkeiten zum Wohl der Gemeinschaft beizutragen. Aus der Arbeit ziehen sie aber auch für sich selbst Gewinn in Form persönlicher Befriedigung, in der Stärkung des Lebensmuts und durch ständige Übung und Herausforderung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten. Eine **dauerhafte berufliche Eingliederung** ist für Menschen mit Behinderungen daher von elementarer Bedeutung; sie ist einer der wesentlichen Faktoren und zugleich Voraussetzung für ihre Eingliederung in die Gesellschaft insgesamt; dies gilt in gleicher Weise für junge Menschen, die bereits vor ihrem Eintritt ins Berufsleben behindert sind, wie für die **berufliche Wiedereingliederung**, wenn ein bereits ausgeübter Beruf wegen einer Behinderung nicht mehr fortgeführt werden kann.

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 Berufsleben dauerhaft Fuß fassen.

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 als zusätzliche Leistungen für Schwerbehinderte 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; bei allem Bemühen um Integration darf jedoch individueller, besonderer Förderungsbedarf 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. Innerhalb der Strategien zur beruflichen Eingliederung ist nach deutschen Erfahrungen die berufliche Qualifizierung der entscheidende Schlüssel. Vorrangige Aufgabe bei der beruflichen Eingliederung Behinderteter 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. Angesichts einer immer stärkeren Ausdifferenzierung und eines raschen Wandels beruflicher Qualifikationsanforderungen gewinnen jedoch – insbesondere bei der beruflichen Qualifizierung Erwachsener – neben der Ausbildung in anerkannten Berufen auch Teil- und Zusatzqualifikationen sowie Maßnahmen beruflicher Anpassung zur dauerhaften Eingliederung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Behinderten mehr und mehr Bedeutung.

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 Behinderteter; denn diese haben es wegen ihrer Behinderung vielfach schwerer als andere, einen passenden Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu finden. Es sollte sichergestellt werden, daß Behinderte eine Ausbildung aufnehmen, die ihre Berufswünsche, ihre Fähigkeiten sowie ihren individuellen Förderbedarf berücksichtigt. Die Wahl der erforderlichen Maßnahmen und der passenden Lernorte sollte dabei stets nach dem Grundsatz „so normal wie möglich – so speziell wie erforderlich“ erfolgen.

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,

- der technologische Fortschritt und die auf seiner Grundlage entwickelten Hilfsmittel einerseits insbesondere Körper- und Sinnesbehinderten neue berufliche Chancen eröffnen, andererseits zugleich steigende berufliche Anforderungen mit sich bringen, die Lern- und Mehrfachbehinderte in Ausbildung und Beruf nur schwer bewältigen können,
- 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.

Von Oktober 1995 bis September 1996 haben bei den Arbeitsämtern der alten Bundesländer rund 173 300 behinderte Jugendliche (davon 65 000 weibliche) den Rat der Berufsberatung gesucht; dies waren 11,3 v. H. der insgesamt 1 527 000 Ratsuchenden der Berufsberatung. In den neuen Bundesländern wurden rund 70 800 behinderte Jugendliche (davon 26 400 weibliche) beraten.

	Beratungsjahr		Veränderung zum Vorjahr	
	1994/95	1995/96	absolut	v. H.
Bundesgebiet				
West	162 190	173 291	+11 101	+ 6,6
Bundesgebiet				
Ost	60 594	70 802	+10 208	+14,4
insgesamt	222 784	244 093	+21 309	+ 8,7

Über 60 Prozent der ratsuchenden Behinderten waren Abgänger von Sonder- oder Förderschulen für Lernbehinderte.

Mit Wirkung ab Januar 1998 wird das Berufsberatungsmonopol der Arbeitsverwaltung aufgehoben; Berufsberatung darf dann auch von Privaten angeboten werden. Aus dieser Flexibilisierung erwachsen neue Chancen auch für behinderte Ratsuchende. Einerseits ist es möglich, die Dienste von privaten Berufsberatern in Anspruch zu nehmen, die sich auf die Belange Behinderteter spezialisieren. Andererseits ist möglich, daß die Öffnung die Berufsberatung der Arbeitsämter entlastet und dort zusätzliche Beratungskapazitäten für Behinderte freimacht.

5.4

Berufsberater für Behinderte sind nicht nur für die Berufsorientierung und berufliche Beratung, sondern auch für die Vermittlung behinderteter Jugendlicher in betriebliche oder außerbetriebliche Ausbildungsstellen, für den Nachweis schulischer Ausbildungsmög-

lichkeiten sowie für die Einleitung berufsvorbereitender Maßnahmen zuständig. Auch obliegt den Berufsberatern für Behinderte die begleitende Betreuung und Beratung im Verlaufe beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen.

Bereits in den vorletzten Schulklassen helfen Berufsberater für Behinderte durch Orientierungsveranstaltungen, Seminare, Elternveranstaltungen und Schulbesprechungen, Wahlmöglichkeiten zu erweitern, die je nach Art und Schwere der Behinderung eingeschränkt sein können. Damit eine breite Information aller Betroffenen möglich ist, hält die Berufsberatung für Eltern, Lehrer und behinderte Jugendliche zielgruppenadäquate Informationsschriften und andere Medien bereit. Behinderte Jugendliche können sich zum Beispiel im Berufsinformationszentrum im Arbeitsamt selbst informieren; dort stehen neben Informationsmappen, Filmen und Dia-Serien für Erwachsene und Jugendliche auch spezielle Medien für junge Menschen mit Behinderungen zur Verfügung.

Die Beratungsergebnisse 1995/96 stellen sich wie folgt dar, wobei Vergleiche mit den Vorjahren eingeschränkt sind, da Daten der neuen Bundesländern aus den Vorjahren zum Teil nicht enthalten sind:

Beratungsergebnisse	1993/94	1994/95	1995/96
Rehabilitanden insgesamt	196 320	219 015	244 093
darunter:			
betriebliche Berufsausbildung . . .	37 060	41 931	47 476
Arbeitsstelle	24 632	28 146	30 367
Berufsgrundschul-/ -bildungsjahr	1 841	1 906	1 874
Berufsfachschule . . .	3 417	3 514	3 781
sonstige berufliche Schule	989	920	902
allgemeinbildende Schule	20 745	24 519	28 072
berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme .	41 441	46 636	52 017
Fachhoch-/ Hochschule	811	915	1 024

1997 hat die Bundesanstalt für Arbeit das Handbuch für Schule, Berufsberatung und Ausbildung „Berufliche Rehabilitation junger Menschen“ in einer überarbeiteten Ausgabe – auch als CD-ROM – herausgebracht; es faßt das derzeit verfügbare Fachwissen in übersichtlicher Form zusammen. Gleichwohl ist eine ständige Aufgabe, die Instrumente berufsbezogener Förderdiagnostik zu schärfen und hierbei die Fachkompetenzen von Berufsberatung und Rehabilitationseinrichtungen zu bündeln.

5.5

Der gesamte Prozeß der beruflichen Eingliederung behinderter junger Menschen erfordert eine enge

Kooperation zwischen Schule und Arbeitsamt, in die sowohl allgemeinbildende Schulen (allgemeine Schulen und Sonderschulen/Förderschulen), berufsbildende Schulen als auch Hochschulen einbezogen sind. Diese Zusammenarbeit basiert auf einer Rahmenvereinbarung zwischen der Kultusministerkonferenz und der Bundesanstalt für Arbeit. Besonders wichtig ist die Zusammenarbeit beim Übergang von der Schule zur beruflichen Rehabilitation, bei der Abstimmung des spezifischen Förderbedarfs während einer Berufsausbildung im dualen System (Betrieb und Berufsschule) und beim Übergang von der Ausbildung in ein Beschäftigungsverhältnis.

Aufgabe der **Schule** ist es, die Voraussetzungen für die berufliche Bildung zu schaffen. Die **Berufsberatung** stellt, auf der Grundlage bisher des Arbeitsförderungsgesetzes, ab 1998 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch, Angebote und Hilfen zur Berufsorientierung, zur Berufswahl und zur beruflichen Ersteingliederung bereit. Berufsberaterinnen und Berufsberater für Behinderte halten regelmäßigen persönlichen Kontakt zu den Schulen in Form von Klassenbesprechungen, persönlichen Beratungsgesprächen, Teamberatungen, Sprechstunden oder gemeinsamen Besuchen der Berufsinformationszentren.

In **Hamburg** wird mit Erfolg ein Konzept erprobt, das sich an körperbehinderte, sehbehinderte, blinde, schwerhörige und gehörlose junge Menschen richtet, die grundsätzlich in der Lage sind, eine Berufsausbildung zu absolvieren. Als Einrichtung der Behörde für Schule, Jugend und Berufsausbildung wurde ein Beratungs- und Unterstützungszentrum für den genannten Personenkreis beim Übergang in Ausbildung und Beruf gegründet. Beraten und unterstützt werden nicht nur die jungen Leute, sondern alle am Bildungsprozeß beteiligten Personen. Art, Ursache und Beeinträchtigung durch die Behinderung werden untersucht sowie der Unterstützungsbedarf der behinderten jungen Menschen, der Berufsschulen und der Betriebe ermittelt und abgedeckt.

5.6

Die vertrauensvolle **Zusammenarbeit** mit den **Eltern** ist Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf der beruflichen Eingliederung behinderter junger Menschen. Interessierte und engagierte Eltern bieten elementaren Rückhalt im gesamten Prozeß der Rehabilitation, deren Ziele sich ohne entsprechende Unterstützung nur schwer erreichen lassen. Daher sollten Eltern bei allen maßgeblichen Fragen und Entscheidungen einbezogen werden.

Vielfach orientieren sich junge Menschen bei der Berufswahl vorrangig an ihren Eltern; durch ihren Einfluß und ihre Förderung werden Motivation und Leistungsbereitschaft wesentlich mitbestimmt. Sie gewährleisten Kontinuität, sozialen, emotionalen und materiellen Rückhalt, sind mit dem Verlauf der Behinderung eng vertraut und an der Rehabilitation umfassend selbst beteiligt. Eine Reihe von Angeboten der Berufsberatung kann auch oder in erster Linie zur Zusammenarbeit mit den Eltern genutzt

werden, vor allem individuelle Beratungen sowie Elternversammlungen in der Schule oder im Arbeitsamt. Auch ein gemeinsamer Besuch von Ausbildungseinrichtungen oder Werkstätten für Behinderte ist möglich. Verschiedene Medien (teilweise mit Beilagen für Eltern) wie die Faltblattserie „Ausbildung Beruf Chancen“ wendet sich an Jugendliche und Eltern.

5.7

Betriebliche Berufsausbildung und eine dauerhafte berufliche Eingliederung sind nur erreichbar durch eine umfassende und enge **Zusammenarbeit** der Arbeitsämter mit den **Betrieben und Verwaltungen**, bei denen die berufliche Eingliederung letztlich vollzogen werden soll. Außerdem hat die Bundesanstalt für Arbeit den Auftrag, bei der Berufsorientierung, der Berufsberatung und der Vermittlung in berufliche Ausbildungsstellen mit den für Berufsbildung zuständigen Stellen (insbesondere den Kammern) sowie mit den Arbeitgebern und den Gewerkschaften zusammenzuarbeiten. Diese Zusammenarbeit erfolgt sowohl im unmittelbaren, direkten Kontakt als auch auf institutioneller Ebene und bezieht sich unter anderem auf

- die Vermittlung geeigneter Bewerberinnen und Bewerber in geeignete Ausbildungsstellen,
- behinderungsspezifische Förderung und Ausstattung,
- Ausbildungszuschüsse, wenn Betriebe bereit sind, behinderte junge Menschen auszubilden,
- Vorbereitung und Einstimmung der Rehabilitanden, der Ausbilder sowie der Arbeitskolleginnen und -kollegen und – bei Bedarf –
- Ausbildungserleichterungen, Prüfungsmodifikationen und Ausbildung nach besonderen Ausbildungsregelungen für Behinderte.

5.8

Für behinderte junge Menschen, die keine weiterführende schulische Ausbildung absolvieren möchten oder können, wird vorrangig 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.

Für Behinderte, die nicht auf besondere Leistungen zur Rehabilitation angewiesen sind, gelten ab 1998 Verbesserungen im Bereich der ausbildungsbegleitenden Hilfen, indem diese Hilfen nach erfolgreicher

Beendigung einer Ausbildung bei Bedarf zur Begründung oder Festigung eines Arbeitsverhältnisses fortgesetzt werden und auch nach Abbruch einer Ausbildung zur Verfügung stehen, um die Aufnahme einer neuen Ausbildung zu erleichtern. Diese Übergangshilfen sind auf höchstens 6 Monate begrenzt.

In ihren Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland vom Mai 1994 ist die Kultusministerkonferenz erneut auf die sonderpädagogische Förderung im berufsbildenden Bereich und beim Übergang in die Arbeitswelt eingegangen. Die Länder haben allerdings bedarfsgerechte Betreuungs- und Förderstrukturen für Behinderte im Berufsschulbereich entsprechend diesen Empfehlungen mehrheitlich noch nicht aufgebaut; dies hat zur Folge, daß vielen behinderten Jugendlichen eine „normale“ Berufsausbildung verschlossen bleibt, obwohl die praktische Ausbildung in Betrieben und Verwaltungen durchaus möglich wäre.

Mit Förderung der Bundesanstalt für Arbeit haben 1995/96 insgesamt 10 865 junge Menschen mit Behinderungen in Westdeutschland und 4 229 in Ostdeutschland eine Ausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen begonnen. Des Weiteren begannen 4 259 Auszubildende in Westdeutschland und 5 214 in Ostdeutschland eine Ausbildung in einer Sonderform für Behinderte.

5.9

Vorrangig ist es Aufgabe der schulischen Bildung, auch junge Menschen mit Behinderungen auf ihre Einmündung in das Berufsleben vorzubereiten. Da die Schulen dieser Aufgabe nicht hinreichend nachkommen, muß jedoch in immer mehr Fällen einer Berufsausbildung zunächst eine **berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme** vorangestellt werden, die die Aufnahme einer Berufsausbildung vorbereitet oder der unmittelbaren Eingliederung ins Berufsleben dient. Grundsätzlich kann die Berufsberatung für Behinderte derartige Maßnahmen nur fördern, soweit und solange für behinderte Jugendliche kein entsprechendes und ausreichendes schulisches Angebot zur Verfügung steht.

Wesentliche Aufgaben und Ziele dieser berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen sind:

- Bereitschaft zu wecken und zu fördern, eine Berufsausbildung im dualen System aufzunehmen und dort eine Qualifikation zu erwerben,
- 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 (neben berufsbildenden Elementen zum Beispiel Vorbereitung auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses oder die Beseitigung von Sprachdefiziten).

Im einzelnen werden gefördert

- Grundausbildungslehrgänge,
- Förderungslehrgänge,
- tip-Lehrgänge (testen – informieren – probieren),
- Lehrgänge zur Verbesserung der beruflichen Bildungs- und Eingliederungschancen, wenn die Teilnahme an einem Förderlehrgang nicht möglich ist,
- Maßnahmen in spezifischer Form für spezielle Krankheits- und Behinderungsarten in den Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II),
- Maßnahmen im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich von Werkstätten für Behinderte sowie
- blindentechnische und vergleichbare spezielle Grundausbildungen.

5.10

Auch bei voller Nutzung und Ausschöpfung ambulanter Förder- und Betreuungspotentiale können nicht alle behinderten Jugendlichen betrieblich oder in allgemeinen überbetrieblichen Ausbildungsinstitutionen ausgebildet werden. Deshalb besteht die Notwendigkeit, für Behinderte, die während ihrer Ausbildung wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung oder zur Erreichung des Rehabilitationszieles medizinischer, psychologischer und sozialer Fachdienste sowie spezifischer, pädagogischer und sonstiger Hilfen bedürfen, überbetriebliche Bildungskapazitäten in **Berufsbildungswerken** als spezifischen Rehabilitationseinrichtungen vorzuhalten. Wichtig ist dabei eine Gesamtkonzeption, die die notwendigen Hilfen in einem in sich abgestimmten umfassenden Verbundsystem von pädagogischen, sozialen, medizinischen und psychologischen Kompetenzen zur Verfügung stellt. Berufsbildungswerke ermöglichen eine ganzheitliche Betreuung und Qualifizierung, die insbesondere auch Mehrfachbehinderten, Schwerstkörperbehinderten, psychisch Behinderten und umfanglich Lernbehinderten eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation ermöglicht, und sind deshalb auch weiterhin unverzichtbarer Bestandteil der beruflichen Rehabilitation.

Unter den Lernorten für behinderte junge Menschen bieten Berufsbildungswerke eine besonders intensive und umfassende Form der beruflichen Ausbildung junger Menschen mit Behinderung. Sie sind hochspezialisierte Einrichtungen für behinderte Menschen, die an anderen Lernorten nicht mit Erfolg beruflich gefördert werden können. Immer mehr junge Menschen zeigen neben ihrer Primärbehinderung erhebliche Schwächen in der Kognition, in der Motivation und in den elementaren Kulturtechniken. Für Berufsbildungswerke ist eine laufende, an der allgemeinen Entwicklung und sich wandelnden Anforderungen orientierte Anpassung der Bildungsangebote und ihrer Inhalte erforderlich; um behinderten Menschen auch in zukünftigen Arbeitsmärkten ihre Chancen zu sichern, sind möglichst „moderne“ Berufe anzubieten

und bestehende Inhalte zeitgerecht zu modifizieren. Je nach individuellem Bedarf sind neben den Lernfeldern der dualen Ausbildung die Förderangebote eines Internats und von Fachdiensten einzubeziehen. Speziell bei Störungen der Wahrnehmung und der Reife ist die Förderdiagnostik auf das individuelle Sprach- und Entwicklungsniveau abzustimmen. Die Berufsbildungswerke stellen sich hohen Qualitätsstandards und erprobten Methoden der Qualitätssicherung; beide sind ständig aktuellen Anforderungen und Entwicklungen anzupassen.

Sondereinrichtungen der beruflichen Bildung müssen behinderten Menschen offenstehen, denen behinderungsbedingt eine betriebliche Ausbildung nicht möglich ist. Anzustreben ist allerdings eine Öffnung dieser Einrichtungen in Richtung auf die betriebliche Ausbildung und eine verstärkte Kooperation zwischen allen Trägern der beruflichen Bildung (regionaler Verbund der verschiedenen Lernorte). Es sollte zum Beispiel grundsätzlich möglich sein, Anteile der Ausbildung eines Berufsbildungswerks in einem Betrieb und Teile der betrieblichen Ausbildung in einem Berufsbildungswerk durchzuführen. Vom Erfahrungsaustausch zwischen Betrieben, Rehabilitationseinrichtungen und anderen Bildungsträgern profitieren alle Beteiligten.

5.11

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 ausbildungsbegleitender 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 Neu-

ordnung 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 geltende Berufsbildungsrecht, wie bereits ausgeführt, hinreichend Raum.

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. Es wäre wünschenswert, die Musterausbildungsregelungen des Hauptausschusses im Interesse der Betroffenen einheitlich anzuwenden und abweichende Kammerregelungen anzugleichen.

Im Bundesgebiet entschlossen sich 1996 etwa 11 000 junge Menschen mit Behinderungen eine Ausbildung nach § 48 Berufsbildungsgesetz oder § 42 b Handwerksordnung aufzunehmen.

5.12

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 Hilfen zur beruflichen Eingliederung müssen auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelfalles abgestimmt werden und reichen von finanziellen Eingliederungshilfen an Arbeitgeber, die Behinderten einen geeigneten Dauerarbeitsplatz bieten, bis hin zur Übernahme der Kosten für Ausbildung, Fortbildung oder Umschulung Behinderter in Berufsbildungs-

oder Berufsförderungswerken einschließlich der Sicherstellung des Lebensunterhalts der Behinderten und ihrer Familien während der Bildungsmaßnahmen.

5.13

In den neuen Ländern wurden das Rehabilitationssystem und das Berufsbildungsrecht der alten Länder übernommen. Probleme zeichneten sich bereits 1994 beispielsweise bei der Art der Ausbildungsberufe für behinderte Jugendliche ab: Wesentlich häufiger als in den alten Ländern wurden in den neuen Ländern Ausbildungsgänge in Sonderform nach § 48 Berufsbildungsgesetz und § 42 b Handwerksordnung angeboten. In solchen Ausbildungen befanden sich 1994 insgesamt 21 136 Jugendliche, davon 11 196 in den alten und 9 940 in den neuen Ländern. In den neuen Ländern war ein Zuwachs an diesen Ausbildungsverhältnissen gegenüber 1993 um knapp ein Drittel zu verzeichnen, in den alten Ländern dagegen nur um 8 v. H. An diesem Ungleichgewicht hat sich bis Ende 1996 nichts geändert; von 22 932 behinderten Jugendlichen, die im Dezember 1996 bundesweit in Sonderformen ausgebildet wurden, kamen 13 239 (58 v. H.) aus den neuen Bundesländern.

Von den vom Bundesinstitut für Berufsbildung im Zeitraum 1994 bis 1996 befragten Fachkräften in den Rehabilitationseinrichtungen der neuen Länder wird der Verlust von Schutz und Sicherheit für die behinderten Jugendlichen in der Berufswelt beklagt; andererseits begrüßt man die hohe fachliche und persönliche Kompetenz, die die Jugendlichen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation erwerben können. Unterhalb der Ebene der Geschäftsführung haben die Einrichtungen fast ausschließlich Personal aus den neuen Bundesländern eingestellt und mit spezifischen Qualifizierungsmaßnahmen geschult. Nur in einzelnen Einrichtungen konnte teilweise auf Personal zurückgegriffen werden, das über Erfahrungen bei der Ausbildung von behinderten Jugendlichen verfügte; daher besteht ein erheblicher Weiterbildungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf pädagogische und psychologische Fragen und beim Umgang mit den verschiedenen Behinderungsarten.

Im einzelnen ergab sich:

- das Durchschnittsalter der Jugendlichen in der Ausbildung lag bei 18,5 Jahren; der Anteil der weiblichen Auszubildenden betrug 42,3 v. H.;
- rund drei Viertel der 4 374 befragten Jugendlichen in ostdeutschen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wurden in den Bereichen Bau- und Büroberufe, Hauswirtschaft, Gastgewerbe und Holzberufe ausgebildet;
- in den meisten Berufsbereichen überwiegt der Anteil der Auszubildenden in Berufen, die ein niedrigeres Qualifikationsniveau aufweisen und eigens für Behinderte mit erheblichen Lernschwächen entwickelt worden sind (§ 48 Berufsbildungsgesetz und § 42 b Handwerksordnung);

- Prüfungsangst und finanzielle Probleme stellen die größten Belastungen der Jugendlichen in der Ausbildung dar;
- unter den Verbesserungswünschen stehen häufigere Wiederholung des Lernstoffs und mehr Übungen – vor allem in der Berufsschule – im Vordergrund.

Unter den bestehenden Arbeitsbedingungen, die noch vom Aufbau der Einrichtungen geprägt sind, beruhen die Leistungen und Erfolge in der Berufsausbildung der behinderten Jugendlichen in hohem Maße auf dem persönlichen Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bereit sind, erhebliche Arbeitsleistungen zu erbringen und Arbeitsbelastungen zu ertragen. Die Arbeitszufriedenheit ist dennoch hoch, ebenso die Identifikation mit den Zielen des Rehabilitationskonzepts – auch wenn im Detail zahlreiche Verbesserungswünsche zur Sprache kommen.

Durch Erhebung bei den „sonstigen Einrichtungen“, die behinderungsspezifisch ausbilden, wurde festgestellt, daß

- die meisten dieser Einrichtungen erst nach der Vereinigung gegründet wurden;
- 87,7 v.H. aller Auszubildenden in diesen Einrichtungen Lernbehinderte waren;
- 28 v.H. aller verfügbaren Plätze für Förderlehrgänge vorgesehen waren;
- drei Viertel aller Auszubildenden in nur acht von insgesamt 43 angebotenen Berufen und nur in Berufen nach § 48 Berufsbildungsgesetz oder § 42b Handwerksordnung ausgebildet wurden,
- alle befragten Einrichtungen einen sozialpädagogischen Dienst und zwei Drittel der Einrichtungen einen psychologischen Dienst eingerichtet haben und
- die Platzkapazität an Internatsplätzen in den sonstigen Einrichtungen bei insgesamt 26 v. H. liegt.

5.14

Grundsätzlich die gleichen Gesichtspunkte wie für die Eingliederung behinderter junger Menschen ins Arbeitsleben gelten, wenn es um die **Wiedereingliederung** von Menschen geht, denen wegen einer Behinderung eine Fortsetzung ihrer bisherigen Berufstätigkeit nicht möglich ist. Auch für diese Menschen gilt, daß

- für sie eine Teilhabe am Arbeitsleben ein Schlüssel für ihre Eingliederung in die Gesellschaft überhaupt ist,
- sie in einem freien Arbeitsmarkt nur dann konkurrenzfähig sind, wenn sie über die dort erwarteten Qualifikationen und über die dort erwartete Leistungsbereitschaft verfügen,
- als Standard für die zu erreichenden Qualifikationen grundsätzlich – mindestens – die Ausbildungsberufe nach § 25 des Berufsbildungsgesetzes und § 25 der Handwerksordnung gelten,
- diese Qualifikationen nach Möglichkeit in Betrieben und Verwaltungen erworben werden sollten, auch wenn für Erwachsene keine Berufsschulpflicht gilt, und daß
- behinderungsspezifische Bildungsangebote erst dort einsetzen sollten, wo allemeine Weiterbildungsangebote wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs nicht ausreichen, um das Ziel einer möglichst guten Qualifikation zu erreichen.

Für die **Berufsförderungswerke**, die seit rund 30 Jahren mit Fortbildungs-, Anpassungs- und Umschulungsmaßnahmen im Bereich der beruflichen Eingliederung erwachsener Behinderter tätig sind und ebenfalls spezielle rehabilitationsbegleitende Dienste vorhalten, gilt das für Berufsbildungswerke Ausgeführte grundsätzlich entsprechend.

5.15

Die folgende Übersicht zeigt die berufsfördernden Bildungsmaßnahmen der Bundesanstalt für Arbeit in der Aufgliederung nach Lernorten:

Ort der Durchführung	Eintritte in Maßnahmen				
	1992	1993	1994	1995	1996
betrieblich einschl. überbetrieblicher Abschnitte . . .	15 616	9 422	11 164	10 619	10 130
Berufsbildungswerk	10 001	9 587	9 895	10 296	10 726
Berufsförderungswerk	24 529	24 932	23 711	21 241	20 840
Einrichtung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation	884	1 019	897	578	635
Werkstatt für Behinderte	13 276	12 171	11 912	11 855	12 781
sonstige Rehabilitationseinrichtungen	9 341	11 413	13 796	15 102	19 322
sonstige überbetriebliche Einrichtungen	55 147	29 197	40 518	45 676	52 526
Fernlehrgang	1 628	783	585	561	545
insgesamt	130 422	98 524	112 478	115 928	127 505

5.16

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es 46 Berufsbildungswerke und 28 Berufsförderungswerke, die im Rahmen einer von Bund, Ländern und Rehabilitationsträgern abgestimmten bundesweiten Netzplanung errichtet wurden, davon 8 Berufsbildungswerke und 7 Berufsförderungswerke in den neuen Bundesländern. Ihr Aufbau, der dort 1999 im wesentlichen abgeschlossen sein wird, ermöglichte rund 2 000 qualifizierte Arbeitsplätze für Lehr- und Betreuungspersonal.

Die Einrichtungen in den neuen Ländern weisen ebenfalls einen hohen Qualitätsstandard auf. Mit

modernster Technik und innovativen Kommunikationssystemen orientieren sie ihre Berufsausbildung an den zukünftigen Anforderungen des Arbeitsmarktes. Die Einrichtungen stehen den Herausforderungen des Arbeitsmarktes offen und konstruktiv gegenüber, beispielsweise bei der Kooperation durch Firmenpraktika und Verbundmodelle mit Industrie-, Handwerks- und Dienstleistungsbetrieben. Mit Blick auf die angespannte Arbeitsmarktsituation besonders in den neuen Bundesländern unterstützen über die Ausbildung hinausgehende Vermittlungshilfen der Rehabilitationseinrichtungen den Bildungs- und Integrationsprozeß.

Berufsbildungswerke in den neuen Bundesländern

Standorte	Zielgruppe: junge ...	Bildungsplätze insgesamt
Greifswald	Lern- und Körperbehinderte	300
Potsdam	Körper- und Lernbehinderte	356
Stendal	Lernbehinderte	281
Hettstedt	Lernbehinderte	258
Gera	Körper-, Lern- und psych. Behinderte	291
Dresden	Körperbehinderte	395
Chemnitz	Blinde und Sehbehinderte	160
Leipzig	Hör- und Sprachgeschädigte	372
insgesamt		2 413

Berufsförderungswerke in den neuen Bundesländern

Standorte	Zielgruppe: Umschulungsbedürftige behinderte Erwachsene ...	Bildungsplätze		
		Belegung		Endausbau
		1993	1996	
Stralsund	unterschiedlicher Behinderungen	215	384	464
Mühlenbeck	unterschiedlicher Behinderungen	148	345	496
Staßfurt	unterschiedlicher Behinderungen	384	363	475
Leipzig	unterschiedlicher Behinderungen	364	401	470
Dresden	unterschiedlicher Behinderungen	353	379	465
Seelingstädt	unterschiedlicher Behinderungen	500	435	500
Halle	Blinde und Sehbehinderte	96	102	130
insgesamt		2 060	2 409	3 000

5.17

Für 21 Berufsförderungswerke mit rund 12 000 Plätzen und 38 Berufsbildungswerke mit rund 10 000 Plätzen in den alten Bundesländern geht die Bundesregierung davon aus, daß sie auch künftig in der Lage sein werden, den Ausbildungs-, Fortbildungs- und Umschulungsbedarf besonders betroffener Behinderter zu decken. Zur qualitativen Verbesserung der Ausbildungsangebote besteht hier jedoch nach wie vor weiterer Investitionsbedarf, um die Vermittelbarkeit der Rehabilitanden auch unter den gewandelten Bedingungen des Arbeitsmarktes zu erhalten und nach Möglichkeit zu steigern.

Im Vordergrund stehen dabei Maßnahmen, die wegen der technologischen Entwicklung oder der Neuordnung von Berufen erforderlich sind und die die Einrichtungen auch für Personengruppen wie psychisch Behinderte oder Alleinerziehende mit Kindern zugänglich machen sollen. Ferner besteht in den älteren Einrichtungen weiterhin Modernisierungsbedarf in den Internatsbereichen.

5.18

Die Berufsförderungswerke haben im Hinblick auf die veränderten Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Flexibilität der Einrichtungen und zur Gewährleistung einer anhaltend guten Qualität einen umfangreichen **Reform- und Weiterentwicklungsprozeß** eingeleitet. Dieser Prozeß ist gekennzeichnet durch engere Zusammenarbeit mit den Betrieben, Anpassung der Berufsbilder an die aktuelle Entwicklung, Angebot attraktiver Teil- und Zusatzqualifikationen sowie durch die Anpassung der Strukturen an moderne betriebswirtschaftliche Erfordernisse.

Das Angebot wird durch individuelle Bildungsmaßnahmen für spezifische Berufe erweitert. Neben Maßnahmen der Teilzeitausbildung werden auch die Möglichkeiten von Teleteaching und Teleworking in die Planungen mit einbezogen. Künftig sollen auch kürzere Maßnahmen angeboten werden, um auch für

Personengruppen Bildungsalternativen zu schaffen, die mit den bisherigen Maßnahmen nicht erreicht werden konnten (zum Beispiel ältere Behinderte oder solche ohne abgeschlossene Berufsausbildung).

Da berufliche Qualifizierung allein heute in vielen Fällen nicht mehr ausreicht, das Ziel der beruflichen Rehabilitation, die Wiedereingliederung auf dem Arbeitsmarkt, zu erreichen, gehören zu den angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen auch Information, Beratung und nachgehende Betreuung. Die Aufgaben der Berufsförderungswerke werden sich daher verändern von fast ausschließlich auf die Vermittlung von Bildung ausgerichteten hin zu Einrichtungen, die auf umfassende Hilfen bei der beruflichen Wiedereingliederung Behinderter ausgerichtet sind. Unter Betreuung der Universität Hamburg führt die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke seit 1995 ein Entwicklungsprojekt zur ganzheitlichen Rehabilitation durch, mit dem in allen Berufsförderungswerken in unterschiedlichen Berufen Methoden ganzheitlicher Rehabilitation erprobt und praktiziert werden; das Projekt wird 1998 abgeschlossen sein.

5.19

Träger der beruflichen Rehabilitation ist die **Bundesanstalt für Arbeit** für die berufliche Eingliederung junger Behinderter fast ausschließlich und für die Wiedereingliederung behinderter Erwachsener ebenfalls in weitem Umfang. Dies ergibt sich einerseits aus ihrer zwar subsidiären, aber umfassenden Zuständigkeit, andererseits aus der fest 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.

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 Rehabilitanden				
	1992		1996		Veränderung in v. H. 1992 bis 1996
	abs.	v. H.	abs.	v. H.	
Lernbehinderung	36 104	14,8	40 421	14,57	12
Psychosen	6 628	2,7	9 214	3,2	39
Neurosen	9 521	3,9	13 667	4,92	43,6
geistige Behinderung	12 246	5	8 575	3,09	-30,0
Herzkrankheiten	5 207	2,1	6 888	2,48	32,3
Kreislauf	2 343	1	2 385	0,86	1,8
Atmungsorgane	7 459	3,1	8 094	2,92	8,5
Hautkrankheiten	12 207	5	9 750	3,51	-20,1
Krankheiten des Skeletts	109 171	44,7	132 902	47,89	22,7
Schädelfraktur	4 545	1,9	3 505	1,26	-22,9

5.20

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

Jahr	individuelle Förderung								institutionelle Förderung	insgesamt
	Übergangsgeld	Ausbildungsgeld	berufsfördernde Bildungsmaßnahmen	sonstige berufsfördernde Maßnahmen *)	Unterhaltsgeld Reha (ab 1994)	Maßnahme-kosten FuU/Reha ab 1994	Berufsausbildungsbeihilfe Reha	zusammen		
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
1993	1 512,1	189,4	2 610,1	143,9				4 455,5	154,1	4 609,6
1994	996,4	199,4	2 521,9	101,3	101,6	49,9	61,7	4 032,2	141,0	4 173,2
1995	622,8	241,5	2 513,7	136,0	368,8	135,3	146,3	4 162,0	209,7	4 371,7
1996	483,5	309,6	2 789,6	157,5	518,5	181,0	155,2	4 594,9	229,0	4 823,9

*) einschließlich Ausbildungszuschüsse und Eingliederungshilfen

5.21

Die Eintritte von Rehabilitanden in berufsfördernde Bildungsmaßnahmen der Bundesanstalt für Arbeit gliederten sich nach Art der Ausbildungsmaßnahme und Art der Durchführung wie folgt:

Art der Ausbildungsmaßnahme	1992	1993	1994	1995	1996
anerkannter Ausbildungsberuf	15 376	12 494	14 075	15 094	16 282
Ausbildung nach § 48 BBiG/§ 42 b HwO	6 960	7 561	8 844	9 470	11 016
Fortbildungsmaßnahme	15 216	6 865	8 789	10 750	13 013
Umschulungsmaßnahme	28 345	14 697	19 884	18 156	17 815
Fernunterrichtsmaßnahme	213	150	123	104	97
Berufsfindung	7 565	8 305	7 855	7 391	8 618
Arbeitserprobung	5 881	6 189	5 850	5 961	6 649
Grundausbildungslehrgang	958	601	819	1 075	1 354
Förderlehrgang	20 629	18 474	23 469	24 572	27 787
Informations- und Motivationslehrgang	269	199	354	433	503
Maßnahme nach RdErl 48/83	1 161	697	1 091	1 118	1 180
blindentechnische und vergleichbare Grundausbildung	172	159	115	121	118
Eingangsverfahren/Arbeitstraining in Werkstätten für Behinderte	13 276	12 171	11 912	11 855	12 781
Vorbereitung für Umschulung	14 401	9 962	9 298	9 828	10 292
insgesamt	130 422	98 524	112 478	115 928	127 505

Die schwierige finanzielle Situation auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation führte zur Aufgabe des generellen Anspruchs Behinderter auf Rehabilitationsleistungen der Bundesanstalt für Arbeit mit Wirkung ab Januar 1997. Einen Rechtsanspruch auf Förderung besitzen seit April 1997 Behinderte, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung oder zur Sicherung des Eingliederungserfolgs auf besondere, behinderungsspezifische Leistungen angewiesen sind; die Erforderlichkeit besonderer Hilfen wird eingehend geprüft. Reichen allgemeine Leistungen zur Arbeits- und Berufsförderung (Ermessensleistungen) aus, Behinderte auf Dauer beruflich einzugliedern, haben diese Leistungen Vorrang vor den besonderen Hilfen. Zur Begrenzung der Rehabilitationsausgaben war es außerdem notwendig, die Tageskostensätze der Leistungsanbieter 1997 auf dem Niveau von 1996 abzüglich 5 v. H. festzuschreiben.

5.22

Ziel der beruflichen Rehabilitation durch die gesetzliche **Rentenversicherung** ist es, eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen und damit zugleich vorzeitige Renten wegen Er-

werbsminderung zu vermeiden. Berufsfördernde Leistungen der Rentenversicherung können derzeit Versicherte beanspruchen, die

- eine Wartezeit von fünfzehn Jahren – insbesondere durch Beitragszeiten – erfüllt haben,
- eine Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit beziehen,
- ohne berufsfördernde Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten müßten oder
- diese Leistungen im Anschluß an medizinische Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger benötigen und

im übrigen die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Allerdings erfordert die Klärung der Frage, ob ohne berufsfördernde Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre, zeitaufwendige versicherungsrechtliche und medizinische Ermittlungen; dies belastet nicht nur Betroffene, sondern auch die Zusammenarbeit von Rentenversicherung und Bundesanstalt für Arbeit.

Leistungen und Ausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung für berufliche Leistungen zur Rehabilitation

Jahr	alte Bundesländer			neue Bundesländer			insgesamt		
	Leistungen	Ausgaben in TDM	v. H.- Anteil an Gesamtausgaben für Rehabilitation	Leistungen	Ausgaben in TDM	v. H.- Anteil an Gesamtausgaben für Rehabilitation	Leistungen	Ausgaben in TDM	v. H.- Anteil an Gesamtausgaben für Rehabilitation
1991	43 447	459 553	7,4	3 392	50 990	23	46 839	510 543	7,9
1992	43 355	536 678	7,8	9 740	99 076	24,4	53 095	835 755	8,7
1993	49 963	651 996	8,4	14 528	118 536	19,6	64 491	770 632	9,2
1994	59 908	953 089	11,5	22 382	181 006	18,3	82 290	1 134 093	12,2
1995	64 307	1 214 584	14,2	22 024	248 111	17,4	86 331	1 462 695	14,6
1996	84 646	1 650 911	18,6	27 796	361 268	20,3	112 442	2 012 178	18,9

Der Schwerpunkt der Berufsförderung in der Rentenversicherung liegt damit 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.

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung müssen – wie die Bundesanstalt für Arbeit – unter

dem Eindruck der angespannten Haushaltssituation auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation noch stärker als bisher auf wirtschaftliche Gesichtspunkte achten. Behinderten dürfen notwendige berufsfördernde Leistungen nicht verweigert werden, da dies zu einem weitaus höheren finanziellen Aufwand durch Rentenzahlungen führen würde. Allerdings machen berufliche Fördermaßnahmen prinzipiell nur Sinn, wenn Aussicht besteht, Behinderte hierdurch dauerhaft in das Arbeitsleben einzugliedern, wobei auch eine bestmögliche berufliche Förderung keinen nahtlosen Übergang ins Arbeitsleben garantieren kann.

**Struktur der beruflichen Leistungen zur Rehabilitation für Männer und Frauen
in der gesetzlichen Rentenversicherung in den alten Bundesländern 1990 und 1995**

Art der Einzelleistung	1990		1995			
	Anzahl	durchschnittliche Dauer Tage	Anzahl	Veränderung 1995/1990 v. H.	durchschnittliche Dauer Tage	Veränderung 1995/1990 v. H.
Berufsfindung/Arbeitserprobung	1 711	16	5 039	194,5	17	6,3
Blindentchnische oder vergleichbare Grundausbildung	40	186	27	-32,5	288	54,8
Förderungsmaßnahmen/Vorförderung	2 420	108	6 048	149,9	100	- 7,4
Berufliche Anpassung	528	187	4 138	683,7	189	1,1
Berufliche Fortbildung	496	195	1 270	156	263	29,7
Berufliche Ausbildung	476	254	937	96,8	331	30,3
Berufliche Umschulung	3 500	411	5 209	48,8	443	7,8
Leistung in Behindertenwerkstatt	839	384	1 503	79,1	362	- 5,7
Fahrkostenbeihilfe, Trennungsbihilfe, Wohnkostenzuschuß	44	392	13	-70,5	273	-30,4
Hilfen und Zuschüsse an Arbeitgeber	2 460	199	2 782	13,1	196	- 1,3
Vermittlung/Umsetzung	26 177	1	29 232	11,7	1	0
Kraftfahrzeughilfen	2 767	1	3 859	39,5	1	0
Sonstige Leistungen	2 610	1	4 214	61,5	1	0
Rehabilitation psychisch Kranker	-	-	36	-	235	-
insgesamt	44 068	66	64 307	45,9	86	30,9

5.23

Neue arbeitsmedizinische Erkenntnisse, die stetige Weiterentwicklung der Technik an den Arbeitsplätzen, die Wandlungen der Berufsbilder sowie wirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Veränderungen in den vergangenen Jahren – insbesondere der enger werdende Arbeitsmarkt – stellen die Rentenversicherung vor die Notwendigkeit, nach neuen Wegen und Instrumentarien zu suchen, um die berufliche Wiedereingliederung Behinderter effektiver und die Verfahrensabläufe zwischen allen Beteiligten hierfür effizienter zu machen. Vor dem Hintergrund der erweiterten Zuständigkeit sowie knapper werdender finanzieller Ressourcen haben die Rentenversicherungsträger die „Reha-Kommission Berufsförderung“ eingesetzt. Diese hat im Dezember 1996 eine problemorientierte Bestandsaufnahme der beruflichen Rehabilitation sowie Empfehlungen zur konzeptionellen und inhaltlichen Weiterentwicklung vorgelegt; der Bericht wurde inzwischen veröffentlicht.

Folgende Feststellungen und Empfehlungen sind in diesem Zusammenhang zu nennen:

- Als Instrument der dauerhaften Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und damit letztlich zur Verhinderung von Renten muß die berufliche Rehabilitation auch weiterhin zu den gesetzlichen Aufgaben der Rentenversicherung gehören.

- Sparzwänge tangieren die Durchführung beruflicher Rehabilitation in erheblichem Umfang. Sie dürfen bei vorhandener Rehabilitationsbedürftigkeit und positiver Eingliederungsprognose aber nicht zum Ausschluß adäquater berufsfördernder Leistungen führen.
- Die Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung und die Verzahnung mit der medizinischen Rehabilitation sind effektiver zu gestalten. Die Verfahrensdauer ist zu verkürzen.
- Insbesondere die Einleitung von Vorfeldmaßnahmen, Begutachtung, Belastungserprobung und Berufsfindung sollen durch integrierte Angebote und verstärkte Zusammenarbeit mit Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation effektiver gestaltet werden.
- Arbeitsplatzbezogenen Leistungen ist unbedingter Vorrang einzuräumen. Bei außerbetrieblichen Maßnahmen sind kostengünstige Teilqualifikationen vorzuziehen.
- Die Berufsförderungswerke sollen ihre Leistungsangebote stärker flexibilisieren und zugleich eine intensivere Zusammenarbeit mit den Betrieben realisieren.
- Das bisherige Kostenerstattungsprinzip soll durch leistungsbezogene Abrechnungssysteme ersetzt

werden (marktorientierte Preisfindung). Ein systematisches Qualitäts- und Kostenmanagement soll eingeführt werden.

- Um den Zugang zur beruflichen Rehabilitation zu verbessern, insbesondere aus der medizinischen Rehabilitation heraus, sollen das Einzelfallmanagement optimiert und in diesem Zusammenhang die Kompetenzen der Rehabilitationsberater ausgeweitet werden.

5.24

Neben der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten und neben der medizinischen Rehabilitation gehört insbesondere auch die berufliche Rehabilitation zu den wesentlichen Aufgaben der gesetzlichen **Unfallversicherung**. Sie soll Verletzte nach ihrer Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung ihrer Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer beruflich eingliedern. Ist nach der Verletzung oder Erkrankung der bisherige Arbeitsplatz des Versicherten gefährdet, so kann die Berufsgenossenschaft die Erhaltung oder die Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes oft durch finanzielle (zum Beispiel Eingliederungshilfe an Arbeitgeber oder sonstige Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme) erreichen. Führt dies allein nicht zum Erfolg, werden in der Regel berufliche Bildungsmaßnahmen erforderlich, um eine Wiedereingliederung in das Berufs- und Erwerbsleben auf Dauer zu ermöglichen.

Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Arbeit der **Berufshelfer**, die bei der Vermittlung von Rehabilitationsmaßnahmen Fähigkeiten und Eignung der Versicherten ebenso berücksichtigen muß wie die Chancen der angestrebten neuen Berufstätigkeit. Die Berufshelfer suchen Verletzte möglichst frühzeitig – meist schon am Krankenbett – auf und erörtern mit ihnen die Möglichkeiten ihrer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Durchgehende Betreuung durch die Berufshelfer, enge Kooperation mit den Einrichtungen der beruflichen Bildung und der Bundesanstalt für Arbeit sowie enge Kontakte zu den Betrieben führen dazu, daß über 80 v. H. der beruflichen Rehabilitanden nach Arbeitsunfällen und Berufs-

krankheiten wieder langfristig in das Erwerbsleben eingegliedert werden können.

Die Gesamtaufwendungen der gesetzlichen Unfallversicherung für Berufshilfe und ergänzende Leistungen (ohne Übergangsgeld) beliefen sich 1996 auf 613 Mio DM; dies bedeutet gegenüber 1991 einen Anstieg um 248 Mio DM (67,9 v. H.).

5.25

Auf der Grundlage des **sozialen Entschädigungsrechts** können insbesondere Kriegs-, Wehrdienst-, Impfschadens- und Gewaltopfer bei Bedarf berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation beanspruchen. Die Gesamtaufwendungen zugunsten von rund 500 Anspruchsberechtigten beliefen sich 1996 auf rund 16 Mio DM.

5.26

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 zum Beispiel kein oder ein 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.

5.27

Untersuchungen und Tagungsberichte weisen immer wieder darauf hin, daß **Frauen in der beruflichen Rehabilitation** deutlich größere Probleme haben als Männer, obwohl sie im Durchschnitt mindestens gleiche persönliche Voraussetzungen haben. Sie verfügen oft über geringere berufliche Vorerfahrungen als Männer, müssen familiäre Verpflichtungen berücksichtigen und haben Probleme mit den vorgefundenen Bedingungen von Qualifizierungsmaßnahmen.

Der Anteil von Frauen bei den abgeschlossenen beruflichen Bildungsmaßnahmen stellt sich wie folgt dar:

Abgeschlossene berufliche Bildungsmaßnahmen

Jahr	Bundesanstalt für Arbeit		Gesetzliche Rentenversicherung	
	insgesamt	Anteil Frauen in v. H.	insgesamt	Anteil Frauen in v. H.
1994	37 233	34,0	23 661	28,2
1995	37 420	34,1	31 619	26,7
1996	39 338	33,9	46 186	26,9

Die seit längerem verbesserten gesetzlichen Rahmenbedingungen wie zum Beispiel der leichtere Zugang zum Übergangsgeld bei Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen für Berufsrückkehrerinnen sowie die Verdoppelung der Familienheimfahrten

bei auswärtiger Unterbringung haben keinen wesentlichen Anstieg der Teilnehmerinnen erbracht. Das gleiche gilt für die Regelungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung, die in begründeten Einzelfällen die Mitnahme eines Kindes in die

auswärtige Rehabilitationsstätte ermöglichen. Bei der Bundesanstalt für Arbeit besteht ab 1998 während der Teilnahme an einer berufsfördernden Maßnahme die Möglichkeit, Kosten entweder für eine Haushaltshilfe oder für eine notwendige Kinderbetreuung zu übernehmen. Diese Maßnahmen bereichern die Leistungsangebote für behinderte Frauen sinnvoll und sind geeignet, in einer Reihe von Fällen Schwierigkeiten 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 allgemeine, regionale Bildungsangebote nicht nutzen können und deshalb auf die Angebote in Rehabilitationseinrichtungen zurückgreifen müssen.

5.28

Da auch für eine erfolgreiche Eingliederung behinderter Frauen ins Berufsleben eine qualifizierte berufliche Bildung von besonderer Bedeutung ist, laufen seit Jahren Bemühungen, die beruflichen Rehabilitationseinrichtungen zur Erstausbildung und zur Umschulung für Frauen mit Behinderungen besser nutzbar zu machen.

Alle in den Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken angebotenen Berufe stehen Rehabilitandinnen offen; das Rehabilitationsangebot ist generell auch für Frauen geeignet. In den Berufsbildungswerken beträgt der Anteil der Mädchen im Durchschnitt rund 30 v. H.; er entspricht damit in etwa ihrem Anteil in Sonder- oder Förderschulen für Lernbehinderte. In den Berufsförderungswerken lag der **Frauenanteil** bei durchschnittlich 20,2 v. H. (in den neuen Bundesländern 25,3 v. H.), allerdings in den einzelnen Berufen sehr unterschiedlich:

Berufe	Frauenanteil v. H.	Spitzenwert v. H.	Beruf mit Spitzenwert
Elektrotechnik	2,7	18,8	Kommunikationselektronikerin
Metalltechnik	2,1	14,3	Industriemechanikerin Produktionstechnik
Zeichnerische Berufe	11,8	32,0	Bauzeichnerin
Kaufmännische Berufe	33,5	91,7	Kauffrau für Bürokommunikation
Verwaltungsberufe	35,7	54,0	Sozialversicherungsfachangestellte Krankenversicherung
EDV-Berufe	7,5	13,6	Industrieinformatikerin
Soziale Berufe	22,3	72,7	Kinderpflegerin
Gesundheitsberufe	47,6	100,0	Arzthelferin
Druckberufe	31,6	68,0	Schriftsetzerin
Sonstige Berufe	6,2	40,0	Buchbinderin
Fachschulberufe	5,9	72,0	Logopädin
Fachhochschulberufe	20,0	70,8	Diplom-Sozialarbeiterin

Die Berufsförderungswerke unterscheiden sich bei den Anteilen von Rehabilitandinnen in den einzelnen Berufen nicht von anderen Bildungseinrichtungen; auch in diesen werden (außer bei frauenspezifischen Programmen) keine höheren Durchschnittswerte erreicht. In einigen Berufsförderungswerken gibt es auch wohnortnahe Außenmaßnahmen in Zusammenarbeit mit Betrieben und anderen Trägern, spezifische Maßnahmen primär für Frauen sowie Lerneinheiten, die frauenspezifisch von Frauen für Frauen angeboten werden. Die Bundesregierung geht davon aus, daß mittelfristig fast alle Berufsförderungswerke auch Maßnahmen außerhalb ihrer Einrichtungen anbieten werden, die besonders von Frauen nachgefragt werden.

5.29

In nahezu allen Berufsförderungswerken und den meisten Berufsbildungswerken könnten inzwischen

Frauen zusammen mit ihren Kindern aufgenommen werden. Diese Entwicklung ist von der Bundesregierung und von den Trägern der beruflichen Rehabilitation in den vergangenen Jahren besonders, auch finanziell, gefördert worden. Für die Unterbringung stehen in der Regel besondere Wohneinheiten in den oder in unmittelbarer Nähe der Einrichtungen zur Verfügung; die Betreuung der Kinder findet in Kindertagesstätten oder durch Tagesmütter statt. Das Angebot könnte bei stärkerer Nachfrage ausgeweitet werden.

Ein großer Teil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (37,3 v. H., in den neuen Bundesländern 43,6 v. H.) erreicht die Berufsförderungswerke als Pendler; für diesen Personenkreis sind Berufsförderungswerke wohnortnahe Einrichtungen. Bei den Berufsbildungswerken leben rund 85 v. H. der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Internat; im allgemeinen liegen die Ausbildungsplätze jedoch höchstens 50 km vom Heimatort entfernt.

5.30

Trotz dieser Fortschritte ist die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen für Frauen mit betreuungsbedürftigen Angehörigen insbesondere außerhalb der Ballungsgebiete immer noch erheblich schwieriger als für Männer ohne solche Betreuungspflichten. Deshalb hat sich, auf Anregung der Bundesregierung unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke und unter Beteiligung betroffener behinderter Frauen sowie der Träger der beruflichen Rehabilitation ein Gesprächskreis gebildet, der nach Verbesserungsmöglichkeiten sucht. Ein erweitertes wohnortnahes Angebot zur beruflichen Rehabilitation soll helfen, den Grundkonflikt vieler Frauen zwischen Familienaufgaben und beruflicher Förderung zu überwinden. Hierzu hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Zusammenarbeit mit den Rehabilitationsträgern ein Maßnahmenkonzept für eine wohnortnahe berufliche Rehabilitation von Frauen entwickelt. Das Konzept orientiert sich am dualen System der beruflichen Ausbildung; dabei wird die innerbetriebliche Umschulung von einem fachspezifischen Stützunterricht sowie einer sozialpädagogischen Betreuung begleitet. Zur Vorbereitung sind ein Rehabilitationsvorbereitungslehrgang und eine berufstheoretische Grundausbildung vorgesehen; sofern im Einzelfall erforderlich, besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Orientierungsmaßnahme. Entsprechende Modellmaßnahmen laufen derzeit in Dessau, Merseburg, Kassel und Mainz. Grundlage der Projekte ist ein modulares Ausbildungskonzept mit vier Phasen:

- Orientierung zur Analyse der persönlichen Lebenssituation, zur Erarbeitung eines individuellen Fähigkeitsprofils und zur Formulierung des Berufsziels, außerdem zur Neuorganisation des Alltags, zum Beispiel bei der Pflege von Familienangehörigen;
- Auffrischung schulischer Kenntnisse, EDV-Training, intensive Bewerbungsvorbereitung, Suche nach Ausbildungs- oder Umschulungsplatz;
- Vermittlung der Kenntnisse des ersten Berufschuljahres, Nutzung von Teleteaching in Teilbereichen;
- betriebliche Umschulung, wobei individuelle Betreuung, psychosoziale Beratung sowie Stütz- und Förderunterricht dazu beitragen sollen, das Bildungsziel zu erreichen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung finanziert die Begleitforschung durch die Universität Oldenburg; die Evaluierung soll gesicherte Erkenntnisse in bezug auf Nutzen, Nebeneffekte, Übertragbarkeit der Ergebnisse, Qualitätssicherung sowie den Erfolg der Maßnahmen erbringen und insbesondere Aufschluß geben,

- ob und in welchem Umfang ein derartiges wohnortnahes Angebot Frauen den Zugang zur Rehabilitation erleichtert,
- ob das Vorhaben hinreichend flexibel und praktikabel ist,
- ob hierbei die Vermittelbarkeit von Frauen ins Berufsleben signifikant verbessert werden kann und

- ob das Angebot in ein Regelangebot übergeleitet werden kann, das in Qualität und beruflicher Vielseitigkeit den allgemeinen Anforderungen genügt.

5.31

Nach dem Grundsatz „**Rehabilitation vor Versorgung**“ erbringt der Dienstherr behinderten und von Behinderung bedrohten **Beamten** bei Bedarf die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, die zur Sicherung ihrer beruflichen Eingliederung und damit zur Vermeidung ihrer vorzeitigen Dienstunfähigkeit erforderlich sind. Wie in anderen Leistungsbereichen trägt auch hier die Bereitschaft der Betroffenen, an ihrer beruflichen Rehabilitation aktiv mitzuwirken, entscheidend zum Erfolg der Rehabilitation bei.

Durch eine Fortschreibung der einschlägigen Regelungen des Beamtenrechts durch das Gesetz zur Reform des öffentlichen Dienstrechts hat die berufliche Rehabilitation im Bereich des Bundes mit Wirkung ab Juli 1997 einen noch größeren Stellenwert erhalten. So sind zur Vermeidung von Dienstunfähigkeit sowie zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit verstärkt auch geeignete andere Verwendungsmöglichkeiten – gegebenenfalls auch in einer anderen Laufbahn – zu prüfen. Besitzt der Beamte hierfür nicht die erforderliche Befähigung, wird ihm diese durch entsprechende Bildungsmaßnahmen vermittelt; Beamte sind zur Teilnahme an solchen Rehabilitationsmaßnahmen verpflichtet.

5.32

Bei den Personen, die wegen einer **Lernbehinderung** besondere Hilfen zu ihrer dauerhaften beruflichen Eingliederung benötigen, handelt es sich in der Mehrzahl um junge Menschen, 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. Ähnliches gilt für junge Menschen mit erworbenen Teilleistungsstörungen und dadurch gegebener Beeinträchtigung des Neulernens (zum Beispiel nach Schädel-Hirn-Verletzungen und neurologischen Erkrankungen).

Von 1994 bis 1996 hat sich bei der Bundesanstalt für Arbeit die Zahl der lernbehinderten Ratsuchenden von 50 847 auf 60 194 erhöht, die Zahl der Lernbehinderten in berufsfördernden Bildungsmaßnahmen von 116 128 auf 149 011. 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, zum Beispiel 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.

5.33

Neben der großen Zahl junger Menschen mit Behinderungen, die in den Berufsbildungswerken eine Ausbildung absolvieren, gibt es eine Gruppe junger Menschen, deren Lernbehinderung so umfassend ist, daß sie auch mit den Ausbildungsmöglichkeiten einer auf Behinderte abgestimmten besonderen Ausbildung überfordert, aber mit den Beschäftigungsmöglichkeiten einer Werkstatt für Behinderte unterfordert wären; Schätzungen gehen von rund einem Drittel der lernbehinderten Rehabilitanden aus. Aufgrund dieser Problematik wurde von 1994 bis zum November 1997 ein Modellversuch zur beruflichen Qualifizierung schwer lernbehinderter Jugendlicher im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in vier Berufsbildungswerken durchgeführt mit dem Ziel, diesen jungen Menschen eine berufliche, soziale und persönliche Qualifizierung im Rahmen der von der Bundesanstalt für Arbeit eingerichteten dreijährigen Förderlehrgänge zu ermöglichen. Dazu wurden in den Berufsbildungswerken Förderlehrgänge in den Berufsfeldern Metall, Büro und Verwaltung, Garten- und Landschaftsbau, Hauswirtschaft/Sozialpflege eingerichtet, die ähnlich den Ausbildungsinhalten der entsprechenden Berufe strukturiert sind, den Fähigkeiten des angesprochenen Personenkreises entsprechen und sich an den Möglichkeiten des regionalen Arbeitsmarktes orientieren. Nach Zwischenberichten ist es in den beteiligten Einrichtungen gelungen, die Teilnehmer so weit zu qualifizieren, daß nach Abschluß des Lehrgangs etwa ein Drittel eine höhere Qualifizierung (zum Beispiel eine Ausbildung nach § 48 Berufsbildungsgesetz) aufnehmen kann und ein weiteres Drittel – trotz schwieriger Arbeitsmarktbedingungen – den unmittelbaren Übergang in das Berufsleben geschafft hat.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie werden in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Bayern im Rahmen eines Forschungsprojekts Konzeptionen zur beruflichen Qualifizierung schwer lernbehinderter Jugendlicher in den Berufsfeldern Metalltechnik, Ernährung und Hauswirtschaft/Gesundheit entwickelt und mit Unterstützung des Bundesinstituts für Berufsbildung wissenschaftlich begleitet. Die hierbei angestrebte Qualifizierung im „Baukastensystem“ zeichnet sich durch eine Flexibilisierung der beruflichen Bildung aus, die in den Förderlehrgängen der Bundesanstalt für Arbeit – und damit außerhalb des klassischen Berufsbildungssystem – einsetzt und durch bessere Verzahnungen

und Übergänge neue Wege zu einer Berufsausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz und der Handwerksordnung eröffnet.

5.34

In enger Zusammenarbeit zwischen dem Berufsbildungswerk Worms, dem Landesarbeitsamt Rheinland-Pfalz-Saarland und der regionalen Wirtschaft wurden im Rahmen des „Kooperationsverbundes Rheinhessen-Vorderpfalz“ neue Wege zur beruflichen Eingliederung lernbehinderter Jugendlicher beschritten. Der inzwischen erfolgreich abgeschlossene mehrjährige Modellversuch zeichnete sich durch eine intensive Zusammenarbeit zwischen betrieblicher Ausbildung und überbetrieblicher Rehabilitation aus, die den Ausbildungsstandard beider Bereiche verbessert. Der überbetriebliche Bereich wurde durch die Realisierung betrieblicher Ausbildungsabschnitte während der Zeit der Ausbildung und durch individuelle Eingliederungsleistungen wie Starthilfe und Nachbetreuung für deren Absolventen angereichert und die Betriebe wurden durch ausbildungsbegleitende Hilfen für eigene Auszubildende und durch Beratungsangebote und Fortbildungsseminare für ihre betrieblichen Mitarbeiter unterstützt. Aufgrund des positiven Verlaufs dieses Projektes wurde die modellhafte Förderung des „Kooperationsverbundes Rheinhessen-Vorderpfalz“ inzwischen durch das zuständige Landesarbeitsamt in eine Regelförderung überführt.

5.35

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung fördert auch die wissenschaftliche Begleitung eines im Berufsbildungswerk Leipzig laufenden Modellversuchs, bei dem eine neue Ausbildungsmethode für **Hör- und Sprachgeschädigte** erprobt wird. Die Leistungen dieses Personenkreises in Werkstatt und Berufsschule weichen häufig deutlich voneinander ab; befriedigenden praktischen Leistungen stehen unzureichende Theoriekenntnisse gegenüber. Deshalb werden im Modellversuch die bisher getrennten Lernorte Ausbildungswerkstatt und Berufsschule zu einer Einheit verschmolzen. Dies geschieht durch die Vermittlung von fachlichem Wissen in möglichst kleinen, direkt an das Ausbildungsgeschehen anknüpfenden Lektionen. Insgesamt wird hierdurch eine wesentliche Verbesserung des Ausbildungserfolges erwartet. Die Ausbildung soll grundsätzlich in anerkannten Ausbildungsberufen erfolgen; Ausbildungen mit eingeschränkten Anforderungen nach § 48 Berufsbildungsgesetz oder § 42b Handwerksordnung bleiben aber ebenfalls zugänglich. Die Ergebnisse dieses Modellversuchs können möglicherweise auch der Berufsausbildung Lernbehinderter neue Perspektiven eröffnen.

Nach Beschluß des Bundeskabinetts zum Bericht des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie „Reformprojekt Berufliche Bildung – Flexible Strukturen und moderne Berufe“ sollen auch die Ausbildungschancen Jugendlicher nachhaltig verbessert werden, die bisher trotz aller Förderung ohne Berufsausbildung bleiben. Hierzu

strebt die Bundesregierung die Entwicklung neuer Ausbildungsberufe für qualifizierte Fachkräftetätigkeiten mit hohem Anteil praktischer Qualifikationen an, für die am allgemeinen Arbeitsmarkt Bedarf besteht und die von ihren Anforderungen her von eher „praktisch“ orientierten Jugendlichen bewältigt werden können. Dadurch sollen auch neue Chancen für leistungsschwächere Jugendliche, insbesondere Lernbehinderte, eröffnet werden.

5.36

Der Hauptausschuß des Bundesinstituts für Berufsbildung hat 1993 eine Empfehlung zur Ausbildung und Umschulung Behinderter in Elektroberufen verabschiedet. Ziel dieser Empfehlung ist es, auch für Behinderte eine Ausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen nach § 25 des Berufsbildungsgesetzes zu erreichen, um eine dauerhafte Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen. Dazu wurden im Anschluß an die Ergebnisse des Forschungsprojektes des Bundesinstituts für Berufsbildung „Ausbildung und Umschulung Behinderter in Elektroberufen“ Instrumente entwickelt und vorgeschlagen wie

- Intensivierung der Berufsinformation und -orientierung,
- Weiterentwicklung der pädagogischen Konzepte (Verzahnung von Theorie und Praxis, Orientierung auf Schlüsselqualifikationen, verstärktes Angebot an Stütz- und Förderkursen, systematische Einzel- und Kleingruppenarbeit, Ausweitung der Betriebspraktika und der sozialpädagogischen Betreuung), individuelle Verlängerung der Ausbildung,
- erforderlichenfalls Abweichung von der Ausbildungsordnung nach § 48 Berufsbildungsgesetz oder § 42 b Handwerksordnung im Einzelfall.

Die Umsetzung dieser Empfehlung wird in sechs Berufsbildungswerken und Berufsförderungswerken durchgeführt und durch ein wissenschaftliches Begleitprojekt unterstützt. Nach einer Erprobungszeit von drei Ausbildungsjahrgängen soll geprüft werden, ob unter den Bedingungen der Empfehlung und intensiver Anwendung der Instrumentarien in den Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken von den bestehenden Regelungen für Behinderte nach § 48 Berufsbildungsgesetz oder § 42 b Handwerksordnung Abstand genommen werden kann.

5.37

Psychisch Behinderte erhalten wie körperlich oder geistig Behinderte die zu ihrer dauerhaften Eingliederung erforderlichen Hilfen und Leistungen; es liegt nicht an den rechtlichen Rahmenbedingungen, wenn die berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter noch nicht mit gleicher Selbstverständlichkeit wie zum Beispiel bei Körperbehinderten erfolgt. Vielmehr erschweren die individuellen Ausprägungen dieser Behinderungsform eine zielgerichtete Rehabilitation in besonderer Weise. Oft ist hier bei Beginn der beruflichen Rehabilitation keine sichere Erfolgsprognose möglich; dann müssen Rehabilitationsper-

spektiven 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 Wunschdenken der Eltern Teil der Erkrankungs-dynamik und muß im Rahmen der Berufswahlentscheidung mit aufgearbeitet werden.

5.38

Inhalte berufsvorbereitender Maßnahmen für psychisch Behinderte sollten daher 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.

Diese Maßnahmen werden in beruflichen Trainingszentren und in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte durchgeführt und leisten einen wichtigen Beitrag zu einer wohnortnahen Berufsvorbereitung. Während die letztgenannten Einrichtungen eine ineinandergreifende medizinische Versorgung und berufliche „Vorförderung“ erbringen, bieten die beruflichen Trainingszentren als Spezialeinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch behinderter Menschen eine praktische berufliche Qualifikation mit psychosozialer Begleitung, indem sie berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln oder aktualisieren und den Teilnehmern die Gelegenheit geben, allgemein erwartete soziale Verhaltensweisen am Arbeits-, Ausbildungs- oder Umschulungsplatz zu trainieren oder zu erwerben. Die in den beruflichen Trainingszentren angebotenen Maßnahmen dauern in der Regel 12 bis 15 Monate, aber auch dreimonatige Maßnahmen werden angeboten. Ziel ist die Abklärung einer realistischen beruflichen Perspektive, die Wiedereingliederung ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Stabilisierung für eine anschließende Umschulung oder Ausbildung. Ergebnis der Maßnahmen kann im Einzelfall auch die Feststellung der Erwerbsunfähigkeit sein. In beruflichen Trainingszentren können Frauen und Männer aufgenommen werden, die in der Regel mindestens 18 Jahre alt sind und unter den Folgen von psychotischen und neurotischen Erkrankungen, psychosomatischen Störungen oder anderen Persönlichkeitsstörungen leiden.

5.39

Die Aufgabenstellung der Beruflichen Trainingszentren ist dabei doppelter Natur: Für den Teil der psychisch Behinderten, der den besonderen Anforderungen und Belastungen einer Ausbildung oder Umschulung noch nicht gewachsen ist, sollen sie die Lücke zwischen medizinischen Maßnahmen und beruflicher Rehabilitation schließen. Für den anderen Teil, der keiner Umschulung bedarf, zum Beispiel

weil nach der Wiederherstellung der „Sozialkompetenz“ der bereits erlernte Beruf ohne weiteres wieder ausgeübt werden kann, sollen sie die direkte Rückkehr ins Arbeits- und Berufsleben vorbereiten. Sie sollen also Ausbildungsabbrüche minimieren, kostenintensive Langzeitmaßnahmen ersetzen und vorzeitige „Verrentungen“ verringern helfen. Nach bisherigen Erfahrungen werden diese Aufgaben mit Erfolg wahrgenommen.

Berufliche Trainingszentren in den alten Bundesländern

Standort	Gründung	Arbeitsaufnahme	Kapazität	Durchschnittliche Belegung
Dortmund	1994	1996	75	51
Duisburg	1993	1993	35	32
Hamburg	1986	1987	80	76
Köln	1993	1993	56	47
Paderborn	1995	1996	56	55
Straubing	1984	1984	50	42
Wiesloch/Hdbg.	1980	1980	60	55

Eintritte in Maßnahmen der Beruflichen Trainingszentren

Jahr	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
alle BTZ	279	335	347	387	421	440	612

5.40

Bei psychisch Behinderten ist es oft notwendig, sie auf einer unter ihren kognitiven Fähigkeiten liegenden Ebene zu stabilisieren, um das Risiko des Scheiterns durch überhöhte Anforderungen insbesondere in der Anfangsphase der beruflichen Rehabilitation zu mindern; hierauf läßt sich dann später eine weitere berufliche Förderung aufbauen. Ob die Rehabilitanden in der Lage sind, eine betriebliche Ausbildung durchzustehen, läßt sich nur unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des Einzelfalles beantworten. Vielfach wird es im Interesse der Betroffenen liegen, die Bildungsmaßnahmen in Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerken zu absolvieren, die über die erforderlichen begleitenden medizinischen und therapeutischen Dienste verfügen.

Ein im Berufsförderungswerk Frankfurt/Main auf fünf Jahre angelegter Modellversuch „Berufliche Rehabilitation psychisch Behinderter“, der vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie finanziell gefördert und vom Bundesinstitut für Berufsbildung fachlich betreut wurde, wurde im Februar 1997 abgeschlossen. Er sollte feststellen, unter welchen Bedingungen psychisch Behinderte umgeschult werden können. Es handelte sich in diesem Fall um Rehabilitanden, die bereits umschulungsfähig, also den besonderen Belastungen

einer „Großeinrichtung“ mit über 800 Umschulungsplätzen grundsätzlich gewachsen waren. Das dort eingerichtete „Betriebliche Trainingszentrum“ diente dem Zweck, die psychisch behinderten Rehabilitanden im Falle einer Krise während der Umschulung „aufzufangen“ und anschließend wieder an den Leistungsstand der alten Lerngruppe heranzuführen; auf diese Weise wurde eine sonst erforderliche Verlängerung der Umschulung vermieden.

Aufgrund der dort und in anderen Einrichtungen gewonnenen Erfahrungen nehmen inzwischen fast alle Berufsförderungs- und viele Berufsbildungswerke psychisch Behinderte auf. Im Interesse der Leistungsfähigkeit der Einrichtungen und der übrigen Rehabilitanden sollte jedoch der Anteil der psychisch Behinderten einen gewissen Grenzwert, der von den personellen und räumlichen Voraussetzungen der Einrichtung abhängig ist, nicht überschreiten.

5.41

Mit Arbeitsangeboten für psychisch Behinderte im sogenannten „Zuverdienst“ als niedrigschwelligem Basisangebot soll eine Stabilisierung erreicht und der Einstieg in eine berufliche Tätigkeit und Qualifizierung eröffnet werden. Bestehende Zuverdienstfirmen arbeiten am Rande ihrer wirtschaftlichen Existenz;

eine Fördermöglichkeit aus öffentlichen Mitteln besteht bisher nicht. Das Land **Nordrhein-Westfalen** unterstützt daher von 1995 bis 1998 rund 10 Zuverdienstprojekte mit Landesmitteln und Mitteln der Gemeinschaftsinitiative HORIZON der Europäischen Union. Eine ähnliche Finanzierung gilt für ein Modellprojekt in **Bayern**, in dem seit Frühjahr 1997 für dreieinhalb Jahre im Rahmen von 38 Zuverdienstplätzen in acht bayerischen Selbsthilfefirmen die Auswirkungen der Beschäftigung im Geringverdienst auf die berufliche und soziale Wiedereingliederung von psychisch kranken Menschen erforscht werden.

Im übrigen gilt es, das Angebot an spezifischen, wohnortnahen Bildungsangeboten sowie die psychosoziale Begleitung und Betreuung dieses Personenkreises beim Übergang vom Bildungs- in das Beschäftigungssystem sowie die Sicherung bestehender Beschäftigungsverhältnisse zu verbessern.

5.42

Berufliche Rehabilitation kann generell 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.

Bisher ist die Sicherung des Rehabilitationserfolges durch Nachsorge bei den Maßnahmen der beruflichen Ausbildung und Umschulung Behinderter nicht gewährleistet. Der unvermittelte Übergang aus einer Bildungseinrichtung ins Arbeitsleben überfordert oft auch gut ausgebildete Behinderte und gefährdet die Erfolge kostenintensiver beruflicher Rehabilitation. Die Weiterentwicklung kompetenter Beratungsangebote und verlässlicher Unterstützung der Betriebe bei Eingliederungsproblemen ist zur Sicherung vorangegangener Qualifizierungsaktivitäten unerlässlich. Neue Formen für den Ersteinstieg müssen entwickelt werden, die die Bedürfnisse der Betriebe berücksichtigen, den Übergang gleitend gestalten und Risiken für Arbeitgeber reduzieren (zum Beispiel „Rücknahme-garantie, Krisenintervention und Beratung). Die Ansprechpartner in den Betrieben müssen verstärkt über das Wissen, die Einschränkungen, aber auch über die Kompetenzen behinderter Menschen sowie die Möglichkeiten der institutionellen Hilfe aufgeklärt werden.

5.43

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 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.

Beim Übergang aus dem Bildungs- in das Beschäftigungssystem hat sich im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung der Berufshelfer (als „Case-Manager“) sehr bewährt, indem er eine organisierende, koordinierende und stützende Funktion ausübt. Das gilt auch für den Wiedereinstieg in Ausbildung oder Tätigkeit nach medizinischer Rehabilitation mit dem Schwerpunkt Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Der Eingliederungserfolg ist in den Fällen, in denen „Berufshelfer“ den Übergang begleiten, wesentlich höher als in allen anderen Fällen. Analoge Regelungen wären auch im Aufgabenbereich der Krankenkassen, der Rentenversicherungsträger und der Arbeitsverwaltung sinnvoll, konnten aber bisher nur ansatzweise und punktuell verwirklicht werden.

6. Beschäftigung Schwerbehinderter

6.1

Mit dem Schwerbehindertengesetz und der Schwerbehindertenausgleichsabgabeverordnung ergänzt und vervollständigt das **Schwerbehindertenrecht** das arbeitsmarktpolitische Instrumentarium des Arbeitsförderungsgesetzes und die übrigen berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation und zur Eingliederung. 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

Zum wichtigsten Instrumentarium der Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeits- und Berufsleben gehört das **System von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe**. Jeder Arbeitgeber, der über mindestens 16 Arbeitsplätze verfügt, hat auf wenigstens 6 v. H. dieser Plätze Schwerbehinderte zu beschäftigen. Diese Verpflichtung gilt gleichermaßen für private wie für öffentliche Arbeitgeber. Die **Pflichtquote** von 6 v. H. gilt einheitlich im gesamten Bundesgebiet, und zwar ohne Unterschiede für einzelne Verwaltungen, Wirtschaftszweige, Betriebsarten oder Arbeitgeber. Der Gesetzgeber ist davon ausgegan-

gen, daß trotz der im einzelnen unterschiedlichen Beschäftigungsmöglichkeiten jeder Arbeitgeber mit mehr als 15 Plätzen Schwerbehinderte zumindest im vorgeschriebenen Umfang beschäftigen kann.

Solange Arbeitgeber die vorgeschriebene Zahl Schwerbehinderter nicht beschäftigen, haben sie für jeden unbesetzten Pflichtplatz eine **Ausgleichsabgabe** zu entrichten. Die Ausgleichsabgabe beträgt je Monat und unbesetzten Pflichtplatz 200 DM. Die Zahlung der Ausgleichsabgabe entbindet nicht von der Pflicht zur Beschäftigung Schwerbehinderter.

Von verschiedenen Seiten werden immer wieder Forderungen laut, das System von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe zu modifizieren. Einerseits wird vorgeschlagen, die Beschäftigungspflichtquote von 6 v.H. zu senken, andererseits soll die Ausgleichsabgabe erhöht werden. Die Bundesregierung hat sich diesen Forderungen nicht angeschlossen. Angesichts des Höchststandes der Zahl arbeitsloser Schwerbehinderter mit einer spezifischen Arbeitslosenquote im Oktober 1997 von 17,9 v.H. und angesichts eines Tiefstandes der Ist-Quote bei der Erfüllung der Beschäftigungspflicht mit 3,9 v.H. im Oktober 1996 wäre die Senkung der Beschäftigungspflichtquote das falsche Signal.

Hinsichtlich einer Erhöhung der Ausgleichsabgabe teilt die Bundesregierung die Auffassung des Bundesrates, der sich mit dieser Frage in den vergangenen Jahren wiederholt befaßt und eine Erhöhung abgelehnt hat. Die Ausgleichsabgabe hat einen doppelten Zweck. Sie soll zum einen ungerechtfertigte Kostenvorteile abschöpfen, die diejenigen Arbeitgeber haben, die Schwerbehinderte nicht oder nicht im pflichtgemäßen Umfang beschäftigen. Sie soll einen Ausgleich im Verhältnis zu denjenigen Arbeitgebern herstellen, die die vorgeschriebene Zahl Schwerbehinderter beschäftigen und denen dadurch, zum Beispiel durch Lohnfortzahlung während des Zusatzurlaubs oder durch behinderungsbedingte Arbeitsausfälle, finanzielle Belastungen entstehen (sogenannte Ausgleichsfunktion). Sie soll zum anderen die Erfüllung der Beschäftigungspflicht sichern, indem sie die beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber dazu anhält, ihrer gesetzlichen Pflicht nachzukommen (sogenannte Antriebsfunktion).

Zur Erfüllung der Ausgleichsfunktion reicht die Ausgleichsabgabe in ihrer derzeitigen Höhe von monatlich 200 DM aus, zumal mit den Erhöhungen in den Jahren 1986 und 1990 auch eine Anpassung an die gestiegenen Bruttoeinkommen erfolgt ist. Um die Beschäftigung Schwerbehinderter weiter zu fördern (Antriebsfunktion), erscheint es der Bundesregierung sinnvoller, das Gesamtinstrumentarium zur Eingliederung Schwerbehinderter zu ergänzen, etwa durch besondere Integrationsfachdienste zur Unterstützung der Vermittlung von Schwerbehinderten und Integrationsprojekte zur Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeitsleben, die zunächst in einer Modellphase bis 2001 erprobt werden.

6.3

Das Aufkommen der **Ausgleichsabgabe** betrug 1996 rund 1,015 Mrd DM. Die im Jahre 1996 an die Hauptfürsorgestellen abgeführte Ausgleichsabgabe war

von den Arbeitgebern zu zahlen, die im Jahre 1995 ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Schwerbehinderter nicht oder nicht in dem gesetzlich vorgeschriebenen Umfang nachgekommen waren.

Ein Anteil von 55 v.H. der Ausgleichsabgabe verbleibt bei den Hauptfürsorgestellen der Länder, die diese Mittel für Leistungen zur Förderung des Arbeits- und Ausbildungsplatzangebots für Schwerbehinderte, Leistungen zur begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben sowie sonstige Maßnahmen zur Eingliederung Schwerbehinderter verwenden. 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. Der Ausgleichsfonds fördert mit dem verbleibenden Teil der Ausgleichsabgabe überregionale Aufklärungs-, Fortbildungs- und Forschungsmaßnahmen zur Weiterentwicklung der Arbeits- und Berufsförderung Schwerbehinderter sowie überregionale Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke sowie Werkstätten für Behinderte und damit in Zusammenhang stehende Wohnstätten.

Im Frühjahr 1996 hat der Bundesrat einen Gesetzentwurf vorgelegt, der eine **Neuverteilung der Ausgleichsabgabe** zwischen Bund und Ländern zum Ziel hat. Der Gesetzentwurf sieht vor, den von den Ländern (Hauptfürsorgestellen) an den Ausgleichsfonds des Bundes abzuführenden Teil der Ausgleichsabgabe von 45 v.H. auf 25 v.H. des Gesamtaufkommens zu verringern. Dies wird damit begründet, daß die Länder künftig die Förderung von Werk- und Wohnstätten für Behinderte in alleiniger Zuständigkeit übernehmen wollen. Die Bundesregierung hat den Gesetzentwurf abgelehnt, da die Erfüllung der vorrangigen Aufgabe des Ausgleichsfonds, nämlich der Bundesanstalt für Arbeit die zur Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter erforderlichen Mittel zuzuweisen, mit der Forderung der Länder nicht mehr gewährleistet wäre. Im übrigen trägt die vom Bundesrat vorgeschlagene Regelung den Notwendigkeiten in den neuen Bundesländern nicht hinreichend Rechnung; die (Mit-)Finanzierung von Werk- und Wohnstätten durch den Ausgleichsfonds ist eine notwendige Voraussetzung für den zügigen Auf- und Ausbau von Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation in den neuen Bundesländern. Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf noch nicht beraten.

6.4

In der Bundesrepublik Deutschland gab es Ende 1996 rund 6,6 Mio anerkannte Schwerbehinderte; das sind rund 8 v.H. der Wohnbevölkerung. Davon stand der weitaus größte Teil, nämlich 5,5 Mio – in den meisten Fällen schon wegen hohen Alters – nicht oder nicht mehr im Arbeitsleben. 940 000 Schwerbehinderte gingen einer Beschäftigung unter den

Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts nach. Im Oktober 1997 waren rund 196 260 Schwerbehinderte arbeitslos gemeldet.

Die **Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter** hat damit einen überdurchschnittlich hohen Stand erreicht: Im Jahresdurchschnitt 1996 waren im Westen 15,9 v. H. (bei einer allgemeinen Arbeitslosenquote von 9,1 v. H.), im Osten 18,9 v. H. (bei einer allgemeinen Arbeitslosenquote von 15,7 v. H.) ohne Arbeit. Dabei hat sich die Quote in den alten und neuen Bundesländern unterschiedlich entwickelt. In den alten Bundesländern war gegenüber 1995 nur ein leichter Anstieg zu verzeichnen (um 1,1 v. H. von 155 500 auf 157 200), während in den neuen Bundesländern eine erhebliche Zunahme festzustellen ist (um 16,2 v. H. von 20 700 auf 24 000).

Die Analysen der Bundesanstalt für Arbeit verdeutlichen, daß nicht nur die nach wie vor hohe allgemeine Arbeitslosigkeit die Chancen Schwerbehinderter im Wettbewerb um einen Arbeitsplatz negativ beeinflußt. Bei dem überwiegenden Teil der arbeitslosen Schwerbehinderten verringern darüber hinaus weitere zur Behinderung hinzutretende Umstände, wie fortgeschrittenes Alter oder geringe regionale Mobilität, die Aussichten auf eine Wiedereingliederung. So waren von den arbeitslosen Schwerbehinderten in den alten Bundesländern Ende September 1996

- 62,1 v. H. 50 Jahre oder älter (unter den Arbeitslosen insgesamt waren dies nur 32,1 v. H.) und
- 28 v. H. zwei Jahre und länger arbeitslos (unter den Arbeitslosen insgesamt waren dies nur 16,4 v. H.).

Bei einem Teil der Behinderten liegen also objektive Einstellungshemmnissen wie mangelnde Qualifikation, höheres Alter und Langzeitarbeitslosigkeit vor. Darüber hinaus führen aber bei vielen Arbeitgebern Informationsmängel und Vorurteile dazu, die Einstellung Schwerbehinderter als Risiko zu sehen; dieses – vermeintliche – Risiko wollen viele Arbeitgeber in Zeiten zunehmenden Rationalisierungsdrucks und härteren Wettbewerbs nicht (mehr) eingehen. Abhilfe ist durch verbesserte Aufklärung der Arbeitgeber möglich.

Im Jahre 1996 konnten dennoch in den alten Bundesländern 25 275 (1995: 25 796) und in den neuen Bundesländern 8 334 Schwerbehinderte (1995: 8 926) durch die Arbeitsämter in ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis vermittelt werden.

6.5

Trotz dieser beachtlichen Vermittlungserfolge ist die Beschäftigungsquote Schwerbehinderter weiter gesunken. Sie lag im Oktober 1996 nur noch bei 3,9 v. H.

Entwicklung der Beschäftigungsquote seit 1980 in v. H.

1980	5,5	1988	4,9
1981	5,8	1989	4,8
1982	5,9	1990	4,6
1983	5,7	1991	4,4
1984	5,3	1992	4,3
1985	5,0	1993	4,2
1986	5,2	1994	4,0
1987	5,0	1995	4,0

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

	1992	1993	1994	1995	1996
Pflichtplätze	1 301 583	1 275 801	1 279 911	1 272 845	1 253 909
beschäftigte Schwerbehinderte	838 088	802 147	760 895	737 134	710 494
beschäftigte Gleichgestellte	38 719	44 857	53 419	61 856	65 477
sonstige anrechnungsfähige Beschäftigte	11 639	10 931	10 446	10 166	8 787
zusätzlich besetzte Plätze durch Mehrfachanrechnung	38 032	37 528	37 152	35 195	35 304
insgesamt besetzte Arbeitsplätze	926 478	895 463	861 912	844 351	820 062
nicht mit Schwerbehinderten besetzte Arbeitsplätze	478 110	472 203	505 091	515 688	513 187
Ist-Quote	4,3 v. H.	4,2 v. H.	4,0 v. H.	4,0 v. H.	3,9 v. H.

6.6

Bei den **privaten Arbeitgebern** lag die Beschäftigungsquote bundesdurchschnittlich im Oktober 1996 nur noch bei 3,5 v. H. Nach Wirtschaftszweigen aufgliedert schneidet dabei der Bereich „Energiewirtschaft und Wasserversorgung, Bergbau“ mit 5,8 v. H. am besten ab. Besonders niedrig ist die Beschäftigungsquote dagegen in

- Land- und Forstwirtschaft, Tierhaltung und Fischerei mit 2,7 v. H.,
- Baugewerbe mit 2,5 v. H.,
- Handel mit 2,7 v. H. und
- Kreditinstituten und Versicherungsgewerbe mit 3,2 v. H.

Von den 189 000 beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern mit einer Betriebsgröße von 16 und mehr Beschäftigten sind im Jahre 1996

- 143 700 (76 v. H. aller Arbeitgeber mit 84 v. H. aller Arbeitsplätze) ihrer Beschäftigungspflicht nicht oder nicht in vollem Umfang nachgekommen,
- haben davon 70 600 Arbeitgeber – fast ausschließlich mit weniger als 100 Arbeitsplätzen – überhaupt keine Schwerbehinderten beschäftigt,
- haben 25 000 Arbeitgeber (13 v. H. aller Arbeitgeber mit 16 v. H. aller Arbeitsplätze) die vorgeschriebene Zahl Schwerbehinderter beschäftigt.

Diese letzte Gruppe von Arbeitgebern hat rund 80 000 Schwerbehinderte über die Pflichtquote von 6 v. H. hinaus beschäftigt. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, daß nicht beschäftigungspflichtige Arbeitgeber 1996 rund 125 300 Schwerbehinderte beschäftigten, und zwar im Bundesgebiet West 103 900, im Bundesgebiet Ost 21 400.

6.7

Mit einer Beschäftigungsquote von immerhin 5,2 v. H. kommen die **öffentlichen Arbeitgeber** ihrer Beschäftigungspflicht besser nach. Aber auch hier ist das Bild sehr unterschiedlich. Für den Bund, also die obersten Bundesbehörden mit nachgeordnetem Bereich, errechnete sich 1996 eine Quote von 6,9 v. H. Die Länder, also die obersten Landesbehörden mit nachgeordnetem Bereich, erreichten durchschnittlich nur eine Quote von 4,7 v. H. Die sonstigen Gebietskörperschaften oder Verbände von Gebietskörperschaften lagen bei 5,9 v. H., die sonstigen Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts bei 4,9 v. H. (siehe Tabelle rechts oben).

6.8

Angeichts der ungünstigen Situation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt es keine Patentrezepte zum **Abbau der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter**. Er ist eng verknüpft mit der allgemeinen Lage auf dem Arbeitsmarkt und hängt auch weiterhin in erster Linie davon ab, in welchem Umfang private und öffentliche Arbeitgeber Arbeitsplätze für diesen Personenkreis zur Verfügung stellen. Das im Rahmen des von der Bundesregierung beschlossenen „Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung“ 1997 in Kraft getretene „Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz“ und das „Arbeitsrechtliche

Länder	Private Arbeitgeber	Alle öffentlichen Arbeitgeber
Baden-Württemberg ...	3,5	5,1
Bayern	3,2	4,8
Berlin	3,7	5,6
Brandenburg	2,3	3,8
Bremen	3,3	5,2
Hamburg	3,5	5,3
Hessen	3,7	6,3
Mecklenburg-Vorpommern	2,5	3,5
Niedersachsen	3,5	5,3
Nordrhein-Westfalen ...	4,2	5,9
Rheinland-Pfalz	3,8	6,0
Saarland	4,4	7,4
Sachsen	2,2	3,6
Sachsen-Anhalt	2,5	3,9
Schleswig-Holstein	3,4	5,6
Thüringen	2,5	4,2
Bundesgebiet insgesamt davon	3,5	5,2
Bundesgebiet West ...	3,7	5,6
Bundesgebiet Ost	2,6	3,8

Beschäftigungsförderungsgesetz“ haben das Ziel, mehr Wachstumsdynamik zu ermöglichen und sollen damit die Grundlage für zusätzliche Arbeitsplätze schaffen – auch für Schwerbehinderte.

6.9

Die **öffentlichen Arbeitgeber, insbesondere der Bund**, müssen bei der Beschäftigung Schwerbehinderter Vorbild sein. Die Bundesregierung hat deshalb seit 1991 in drei Kabinettsbeschlüssen verschiedene Maßnahmen zur verstärkten Beschäftigung Schwerbehinderter beschlossen; diese Bemühungen haben Früchte getragen. Ende 1994 wurde im öffentlichen Dienst des Bundes wieder eine Beschäftigungsquote von mehr als 6 v. H. (6,4 v. H.) erreicht; im Oktober 1995 und 1996 betrug sie 6,9 v. H. Die Quote bei den Bundesressorts (einschließlich ihres nachgeordneten Bereichs ohne sonstige Bundesdienststellen) lag zu diesem Zeitpunkt sogar bei 7,0 v. H.; Einzelheiten enthält der Bericht der Bundesregierung über die Beschäftigung Schwerbehinderter bei den Bundesdienststellen (Bundestags-Drucksache 13/8918).

Zur positiven Entwicklung der Beschäftigungsquote beim Bund hat auch die Privatisierung von Staatsunternehmen wie Bahn und Post beigetragen; sie ist jedoch wesentlich darauf zurückzuführen, daß die Ressorts sich intensiv darum bemüht haben, die von der Bundesregierung in den Kabinettsbeschlüssen zur Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter im öffentlichen Dienst des Bundes festgelegten Maßnahmen umzusetzen. Nicht zuletzt aufgrund dieser Beschlüsse ist unter anderem

- die Notwendigkeit zur verstärkten Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter, insbesondere bei den für Personalfragen verantwortlichen Mitarbeitern, sowohl in den Ressorts selbst als auch im nachgeordneten Bereich erkannt worden,
- konnte eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Dienststellen, Schwerbehindertenvertretungen und Personalräten erreicht werden,
- wurde die Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung (örtlichen Arbeitsämtern, Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit) verbessert und
- wurde insgesamt die Sensibilität für Fragen der Schwerbehinderten und die soziale Verantwortung gegenüber diesem Personenkreis bei den Personalverantwortlichen erhöht.

Trotz des erreichten Ergebnisses ist aber eine Entwarnung auch im Bereich des Bundes nicht ange-

zeigt. Ziel muß es sein, die erreichte Beschäftigungsquote langfristig zu sichern. Dazu muß das Verhältnis der Austritte von Schwerbehinderten einerseits zu den Neueinstellungen und erstmaligen Anerkennungen als Schwerbehinderte andererseits verbessert werden. Bei den Neueinstellungen betrug der Anteil der mit Schwerbehinderten oder Gleichgestellten besetzten Plätze 1996 nur 3,2 v.H.; angestrebt wird jedoch schon bei Neueinstellungen wenigstens ein Anteil von 6 v.H. Schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten Behinderten, denn eine langfristige Verbesserung der Beschäftigung kann nur durch Neueinstellung Schwerbehinderter erreicht werden.

6.10

Bei den **obersten Landesbehörden** betrug die Beschäftigungsquote 1996 4,7 v.H. Dementsprechend müssen fast alle Länder für 1996 Ausgleichsabgabe zahlen, insgesamt fast 64 Mio DM.

Bundesland (oberste Landesbehörden und nachgeordneter Bereich)	Quote in v. H.			
	1993	1994	1995	1996
Baden-Württemberg	3,9	4,5	4,9	4,8
Bayern	3,8	3,8	3,9	4,1
Berlin	5,4	5,4	5,5	5,5
Brandenburg	2,8	2,7	3,2	3,1
Bremen	5,4	5,4	5,3	5,3
Hamburg	4,9	5,3	5,5	5,4
Hessen	5,6	5,7	5,6	5,9
Mecklenburg-Vorpommern	3,1	3,0	2,8	3,0
Niedersachsen	4,1	4,6	4,4	4,5
Nordrhein-Westfalen	5,7	5,7	5,4	5,2
Rheinland-Pfalz	5,2	5,0	5,4	5,4
Saarland	7,2	7,8	6,9	7,1
Sachsen	2,8	2,7	2,9	2,9
Sachsen-Anhalt	3,2	3,6	3,0	3,1
Schleswig-Holstein	4,4	4,6	4,4	4,7
Thüringen	2,9	2,5	3,4	3,3

6.11

Auch die Länder haben in den letzten Jahren gezielte Fördermaßnahmen ergriffen, teilweise mit Erfolg; so konnte Hessen die Quote von 4,5 v.H. im Jahre 1988 auf 5,9 v.H. im Jahre 1996 verbessern. Derartige Initiativen müssen verstärkt fortgesetzt werden; auf Anregung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung fand deshalb Ende 1997 ein Erfahrungsaustausch mit den Ländern statt. In der Praxis der einzelnen Länder haben sich bewährt:

– Ausnahme von der Wiederbesetzungssperre für Schwerbehinderte

Aufgrund der Einsparbemühungen in allen Ländern werden Stellen nicht immer neu besetzt. Die Bereit-

schaft zur Einstellung Schwerbehinderter wird erheblich gefördert, wenn diese Stellen nicht wegfallen, falls sie – jedenfalls im Rahmen der Beschäftigungsquote – mit neu eingestellten Schwerbehinderten besetzt werden.

– Vorbehalt von Stellen für Schwerbehinderte; Stellenpool

Als effizient hat sich erwiesen, im Haushalt Vorgaben festzuschreiben, ein bestimmtes Stellenkontingent mit Schwerbehinderten zu besetzen und, falls dieses nicht erfüllt wird, die Stellen in einen Pool zugunsten anderer Ressorts fallen zu lassen.

– Bevorzugte Berücksichtigung Schwerbehinderter

Die personalführenden Stellen müssen im Einstellungsverfahren die bestehenden Fürsorgeerlasse

konsequenter als bisher beachten, wonach bei der Beurteilung der Leistung Schwerbehinderter eine etwaige Minderung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Behinderung berücksichtigt werden muß; dabei sollten die für Schwerbehinderte bestehenden Erleichterungen bei Auswahlverfahren überprüft werden. Notwendig erscheint auch, schwerbehinderte Bewerber in jedem Fall – unabhängig von dem Ergebnis eines vorausgehenden schriftlichen Auswahlverfahrens zum Vorstellungsgespräch einzuladen.

– Beschäftigung von Schwerbehinderten in bestimmten Aufgabenfeldern

Bestimmte Stellen, die – wenn nötig, nach entsprechender Ausstattung der Arbeitsplätze – erfahrungsgemäß für Schwerbehinderte besonders geeignet sind, sollten ausschließlich Schwerbehinderten vorbehalten werden.

– Beschäftigung von Hilfskräften für besondere Gruppen Schwerbehinderter

Um die Beschäftigung auch derjenigen Schwerbehinderten zu ermöglichen, die Hilfs- oder Vorlesekräfte benötigen (zum Beispiel Blinde, Gehörlose), muß die Beschäftigung solcher Hilfskräfte haushaltsrechtlich und arbeitsorganisatorisch ermöglicht werden; die entsprechenden Kosten können von den Hauptfürsorgestellen auch längerfristig übernommen werden.

– Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung

Zur Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter reicht nicht aus, wenn öffentliche Arbeitgeber den Arbeitsämtern freie Stellen zur kurzfristigen (Wieder-)Besetzung melden; positive Effekte sind nur von einer längerfristigen Zusammenarbeit zwischen einstellenden Dienststellen und Arbeitsverwaltung zu erwarten, wenn Einstellungsbehörden in einem formalisierten Verfahren ihren Bedarf und die Leistungsanforderungen an die Arbeitsverwaltung melden.

– Berichtspflichten

Auf ein sinnvolles Berichterstattungswesen gegenüber vorgesetzten Dienststellen, der Landesregierung oder den Landesparlamenten kann nicht verzichtet werden. Die Berichte sollten sich nicht auf die Zusammenstellung und Weitergabe bloßen Zahlenmaterials beschränken, sondern die berichtenden Stellen zur inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Problem anhalten.

– Aufklärungs-, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen

Die für Personalfragen verantwortlichen Mitarbeiter müssen die Notwendigkeit der verstärkten Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter erkennen und dieses Problembewußtsein behalten und weiter schärfen. Es hat sich gezeigt, daß diese Mitarbeiter nur in geringem Umfang durch Veranstaltungen der Hauptfürsorgestellen zu erreichen sind; vielmehr sind die notwendigen Informationen im Rahmen des allgemeinen Fortbildungsangebots im öffentlichen Dienst zu vermitteln.

– Stärkere Einbeziehung der für den öffentlichen Dienst zuständigen Ressorts

Mit Problemen der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter im öffentlichen Dienst dürfen sich nicht nur die jeweiligen Arbeits- und Sozialressorts beschäftigen; vielmehr müssen vor allem diejenigen Ressorts sensibilisiert werden, die unmittelbar für die Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter zuständig sind, in der Regel die Innenressorts.

6.12

Insbesondere die Entwicklung der Beschäftigung Schwerbehinderter in der **Privatwirtschaft** ist weiterhin besorgniserregend. Deshalb fanden 1995 auf Einladung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung Gespräche mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Bundesanstalt für Arbeit und der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen statt. Die Arbeitsgruppe kam zu folgenden Ergebnissen:

- Die Bundesanstalt für Arbeit wurde beauftragt, die von ihrem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung erstellte **Strukturanalyse** „Arbeitsuchende Schwerbehinderte“ zu vertiefen. Folgende, jetzt vorliegende Ergebnisse sind besonders bemerkenswert:
 - Von den arbeitslosen Schwerbehinderten sind über 60 v. H. älter als 50 Jahre, rund 30 v. H. der Männer und rund 25 v. H. der Frauen sogar älter als 55 Jahre.
 - 54 v. H. der arbeitslosen schwerbehinderten Männer besitzen eine abgeschlossene Berufsausbildung und sind demnach ebenso gut ausgebildet wie ihre arbeitslosen nichtbehinderten Kollegen.
 - Nach den Untersuchungen der ärztlichen Dienste der Arbeitsämter bestehen bei etwa zwei Dritteln der betroffenen Schwerbehinderten keine oder nur geringe Einschränkungen der Leistungsfähigkeit; Leistungseinschränkungen wurden in erster Linie bei älteren Schwerbehinderten festgestellt.
 - Ungefähr die Hälfte der Schwerbehinderten, die wieder Arbeit fanden, wurde von den Arbeitsämtern vermittelt; der andere Teil war auch ohne Hilfe der Arbeitsämter bei der Suche nach einer neuen Arbeit erfolgreich.
- Die Bereitschaft der Arbeitgeber, Schwerbehinderte zu beschäftigen, kann durch verstärkte **Vermittlungsaktivitäten** der Arbeitsämter erhöht werden. Die Bundesanstalt für Arbeit hat deshalb 1996 die Arbeitsvermittlung Schwerbehinderter zur Schwerpunktaufgabe erklärt. Die Erfahrungen, die bei der Durchführung dieser Aktion gesammelt wurden, werden von der Bundesanstalt für Arbeit ausgewertet und für die Vermittlungsarbeit nutzbar gemacht. Das zur Verfügung stehende arbeitsmarktpolitische Instrumentarium soll so gezielt eingesetzt werden, daß mit seiner Hilfe eine möglichst hohe Zahl arbeitsloser Schwerbehinderter beruflich wiedereingegliedert wird.

- Wege der „**Probeförderung**“ (zum Beispiel Probezeit, Betriebspraktika, Abschluß befristeter Arbeitsverträge, Eingliederungsverträge) müssen vermehrt genutzt werden. Mit diesem Instrument können einerseits Vorbehalte und Unsicherheiten der Arbeitgeber abgebaut, andererseits Übergänge arbeitsloser Schwerbehinderter in den Arbeitsprozeß erleichtert werden.
- **Verfahrensvereinfachungen für Arbeitgeber**, die finanzielle Hilfen der Arbeitsämter in Anspruch nehmen wollen, sind nötig, damit für die verschiedenen Hilfen der Bundesanstalt für Arbeit nach dem Arbeitsförderungsrecht und dem Schwerbehindertenrecht ein einheitlicher Antrag gestellt werden kann; die Arbeitsämter müssen die verschiedenen Leistungen koordinieren und ihre Hilfsangebote mit denen der Hauptfürsorgestellen enger verzahnen, wobei die bestehende Aufgabenverteilung allerdings unberührt bleibt.
- Außerdem muß für eine **ausreichende Personal-ausstattung** in den Reha/SB-Stellen der **Arbeitsämter** Sorge getragen werden, damit Außendienst, Betriebsbesuche sowie Beratung der Arbeitgeber zielgerichtet zur Vermittlung und Betreuung Schwerbehinderter eingesetzt werden können.
- Auch die **Hauptfürsorgestellen** – Behörden der Länder – können ihre Aufgaben nur effektiv wahrnehmen, wenn sie über das **erforderliche Personal** verfügen. Nach einer Erhebung der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen waren zum 30. Juni 1994 von bundesweit 940 erforderlichen (Soll-)Stellen nur 720 vorhanden. Die Länder sind weiterhin in der Pflicht, die bestehenden Defizite zu beseitigen.

6.13

Die allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Instrumente zur Eingliederung Behinderter in das Arbeitsleben nach dem Arbeitsförderungsrecht (ab 1998: nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch) und den Leistungsvorschriften anderer Rehabilitationsträger werden ergänzt durch Leistungen zur besonderen **Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter** aus Mitteln der Ausgleichsabgabe nach dem Schwerbehindertengesetz (sogenannte FdE-Förderung). Mit diesen Leistungen wird die Einstellung besonders betroffener Schwerbehinderter gezielt gefördert. Von Juli 1986 bis Ende Juni 1997 wurden in rund 79 990 Förderfällen allein für diese Leistungsart 2,261 Mrd DM bewilligt. 1996 konnten mit Hilfe dieser Leistungen rund 9 100 Schwerbehinderte, davon rund 2 400 Schwerbehinderte in den neuen Bundesländern, wieder dauerhaft in das Arbeitsleben eingegliedert werden.

Die genannte Förderung, die seit 1986 gesetzliche Aufgabe der Bundesanstalt für Arbeit ist, wurde zuletzt im Jahre 1994 erweitert. Danach kann die Beschäftigung älterer arbeitsloser Schwerbehinderter bis zu fünf Jahre bezuschußt werden, und zwar auch bei Arbeitgebern, die ihre Beschäftigungspflicht nicht erfüllt haben. Bis zum Oktober 1996 konnten aufgrund dieser Möglichkeit rund 2 000 langzeitarbeitslose Schwerbehinderte beruflich wieder eingegliedert werden.

Im Rahmen des Rentenreformgesetzes 1999 wird die Altersgrenze für eine Rente für Schwerbehinderte stufenweise auf das 63. Lebensjahr angehoben; deshalb wird auch die Förderung der Einstellung und Beschäftigung für ältere Schwerbehinderte auf bis zu acht Jahre angehoben.

6.14

Die Leistungen zur besonderen Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter aus Mitteln der Ausgleichsabgabe des Bundes (Ausgleichsfonds) werden in allen Bundesländern ergänzt durch zusätzliche Ländersonderprogramme, deren Durchführung das jeweilige Land der Bundesanstalt für Arbeit übertragen hat. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe der Hauptfürsorgestellen der Länder, die hierfür 1996 112,5 Mio DM zur Verfügung gestellt haben. Bei der schwierigen Arbeitsmarktsituation der letzten Jahre gerade für Schwerbehinderte haben diese Förderleistungen der Länder wesentlich dazu beigetragen, eine noch schlechtere Entwicklung zu verhindern. Zur besseren Übersichtlichkeit wäre eine Angleichung der Sonderprogramme hinsichtlich Personenkreis, Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang hilfreich.

Auch den individuellen Leistungen der Hauptfürsorgestellen an Arbeitgeber kommt eine besondere Bedeutung zu. Die Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, ihre behindertengerechte Gestaltung sowie die Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen in Form von Lohnkostenzuschüssen haben sich als geeignetes Mittel erwiesen, neue Arbeits- und Ausbildungsplätze für Schwerbehinderte zu schaffen oder vorhandene zu sichern. Die Mittel zur Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen sind von 23,8 Mio DM im Jahre 1991 auf 90,0 Mio im Jahre 1996 angestiegen; diese Leistungsart wird zunehmend nachgefragt. Sie hat sich nach Angaben der Hauptfürsorgestellen zu einer wirksamen Möglichkeit entwickelt, gefährdete Arbeitsverhältnisse zu stabilisieren, insbesondere auch im Kündigungsverfahren, denn häufig läßt sich mit ihr die Rücknahme von Anträgen auf Zustimmung zur Kündigung erreichen. Für Leistungen an Arbeitgeber haben die Hauptfürsorgestellen im Jahre 1996 insgesamt 377,3 Mio DM aufgewendet.

6.15

Ein Teil der arbeitslosen Schwerbehinderten kann – auch unter Ausschöpfung der schon bestehenden Fördermöglichkeiten – nur dann in das Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden, wenn besondere externe Fachdienste (Integrationsfachdienste) zur Unterstützung der Arbeitsverwaltung bei der Vermittlung und zur Unterstützung der Hauptfürsorgestellen bei der nachgehenden arbeitsbegleitenden Betreuung zur Verfügung stehen; dies gilt insbesondere für Ältere, Langzeitarbeitslose, unzureichend beruflich Qualifizierte oder wegen Art oder Schwere der Behinderung besonders Betroffene. Ein anderer Teil dieses Personenkreises hat nur dann eine Chance, wenn der Wiedereinglie-

derung eine längere Phase der Beschäftigung und Qualifizierung in einem hierfür besonders geeigneten Beschäftigungs-/Integrationsprojekt vorausgeht. Schon bisher haben die Hauptfürsorgestellten mit Mitteln der Ausgleichsabgabe – unter verschiedener Bezeichnung – externe Fachdienste zur Unterstützung der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben in Anspruch genommen.

Konzepte für solche **Integrationsfachdienste und Integrationsprojekte** sind in Form „Vorläufiger Grundsätze“ und „Förderrichtlinien“ vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung entwickelt worden. Auf der Basis der beiden Konzepte soll zunächst in einer Modellphase bis 2001 eine Anzahl von Integrationsfachdiensten und Beschäftigungs-/Integrationsprojekten gefördert werden; gedacht ist an je eines dieser Projekte je Bundesland. In dieser Zeit sollen nähere Erkenntnisse über die notwendige Ausstattung, den Finanzierungsaufwand und die Effizienz solcher trägerübergreifend tätigen Einrichtungen gewonnen werden. Die Modellvorhaben sollen wissenschaftlich begleitet werden.

Finanziert werden sollen die Modelle aus Mitteln des Ausgleichsfonds, also aus dem vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung verwalteten Anteil des Bundes an dem Aufkommen an Ausgleichsabgabe. Es ist vorgesehen, jährlich insgesamt etwa 50 Mio DM für die Modelle zur Verfügung zu stellen. Die Integrationsfachdienste sollen durch Übernahme der erforderlichen Personal- und Sachkosten, die Beschäftigungs-/Integrationsprojekte sollen durch Zuschüsse zum Aufbau, zur Ausstattung sowie zur betriebswirtschaftlichen Beratung und zu den notwendigen Personalkosten (Anleitungs- und Betreuungspersonal sowie Leitungs- und Verwaltungspersonal) gefördert werden. Falls sich die Modelle bewähren, wird später über eine regelhafte Förderung zu entscheiden sein.

6.16

Den **Vertrauensleuten der Schwerbehinderten** kommt für die Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeits- und Berufsleben besondere Bedeutung zu. Die Schwerbehindertenvertretung hat die Eingliederung Schwerbehinderter in den Betrieb oder die Dienststelle zu fördern, die Gruppen- und Einzelinteressen der dort beschäftigten Schwerbehinderten gegenüber dem Arbeitgeber und der Beschäftigtenvertretung wahrzunehmen und den Schwerbehinderten mit Rat und Tat in allen Angelegenheiten zur Seite zu stehen, die mit ihrer beruflichen Eingliederung, insbesondere mit ihrer Beschäftigung im Betrieb oder der Dienststelle, zusammenhängen.

Die Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte sowie die Beauftragten der Arbeitgeber können ihre Funktion nur wirksam ausüben, wenn sie über Rechte, Pflichten und Hilfsmöglichkeiten für Schwerbehinderte und Arbeitgeber eingehend informiert sind. Die Hauptfürsorgestellten haben daher 1996 – zum Teil gemeinsam mit Dritten – rund 1 200 ein- und mehrtägige Schulungs- und Bildungsmaßnahmen durchgeführt. Daran haben rund 27 400 Personen teilgenommen. Diese Maßnahmen werden von

den Arbeitgebern unterstützt. In einer gemeinsamen Empfehlung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellten sind Inhalt und Umfang der Veranstaltungen geregelt.

6.17

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. Er besteht trotz der Änderungen im Kündigungsschutzgesetz durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz; Arbeitgeber dürfen auch zukünftig Kündigungen nur mit vorheriger Zustimmung der Hauptfürsorgestelle aussprechen. Die Hauptfürsorgestelle entscheidet wie bisher nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles, die sie von Amts wegen aufzuklären hat. Leitlinien sind und bleiben dabei der Schutzzweck des Schwerbehindertengesetzes im allgemeinen sowie die Kündigungsschutzbestimmungen des Schwerbehindertengesetzes im besonderen. Der Sonderkündigungsschutz soll Schwerbehinderten helfen, gegenüber anderen Arbeitnehmern wegen der Schwerbehinderung nicht ins Hintertreffen zu geraten.

Die Hauptfürsorgestellten haben zu prüfen,

- ob der Schwerbehinderte zu dem im Schwerbehindertengesetz genannten besonders geschützten Personenkreis gehört,
- ob eine Weiterbeschäftigung erreicht werden kann, gegebenenfalls durch Hilfen zur Sicherung des Arbeitsplatzes, und
- welche anderweitigen Vermittlungschancen bestehen.

Die Zahl der Anträge auf Zustimmung zur Kündigung spiegelt die allgemeine konjunkturelle Lage wider. So ist die Zahl der Anträge in den alten Bundesländern von rund 15 000 im Jahre 1990 auf rund 29 000 im Jahr 1996 gestiegen. Endeten 1995 noch 81,5 v. H. aller Verfahren mit dem Arbeitsplatzverlust, waren dies 1996 geringfügig weniger, nämlich 79,4 v. H. In insgesamt etwa 7 600 Fällen konnte der Arbeitsplatz mit Hilfe des Kündigungsschutzes erhalten werden. Dabei muß berücksichtigt werden, daß mehr als die Hälfte der Kündigungsverfahren unstrittig sind; in ihnen erklärten sich die Betroffenen während des Verfahrens mit der Kündigung einverstanden, schlossen einen Aufhebungsvertrag oder schieden aus anderen Gründen aus (zum Beispiel Rente). Bei betriebsbedingten Gründen – die in den letzten Jahren dominieren – müssen die Hauptfürsorgestellten ihren Ermessensspielraum ausschöpfen und alle Möglichkeiten suchen, um zu einer Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses zu kommen.

6.18

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. Diese Unternehmen haben sich in den letzten Jahren entwickelt; sie definieren sich inzwischen als Teil des allgemeinen Arbeitsmarktes, der sich – professionell geführt – in wirtschaftlicher, technischer und organisatorischer 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.

Für das Jahr 1995 lagen erstmals Angaben dazu vor, wieviele Mittel bei den Leistungen an Arbeitgeber an „Selbsthilfefirmen“ gewährt wurden. 1996 erhielten solche Firmen von den Hauptfürsorgestellen 12,3 Mio DM zur Schaffung von Arbeitsplätzen, 2,1 Mio DM zur behindertengerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen und 21,2 Mio DM zur Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen in Form von Lohnkostenzuschüssen.

6.19

Ende 1996 erhielten in Berlin 10 **geschützte Betriebsabteilungen** von der Hauptfürsorgestelle finanzielle Hilfen; in ihnen waren 168 Schwerbehinderte tätig. Die Einrichtung weiterer solcher Betriebsabteilungen wird die Hauptfürsorgestelle auch in Zukunft fördern, da sie sie als eine Möglichkeit der beruflichen Eingliederung Schwerbehinderter positiv bewertet. Innerhalb gewinnorientiert arbeitender Unternehmen wird ein Bereich vorrangig mit schwerbehinderten Arbeitnehmern besetzt; integriert in den allgemeinen Produktionsablauf sind dort vorwiegend einfachere Tätigkeiten zu verrichten, welche in der Regel auch leistungsgeminderte Schwerbehinderte ausführen können. Im Rahmen eines festen Arbeitsverhältnisses haben hier Behinderte eine Chance, die sonst kaum vermittelbar sind.

Das Land Brandenburg leistet seit 1991 Zuwendungen für die Beschäftigung schwerbehinderter Arbeitnehmer in geschützten Abteilungen insbesondere für die Integration von Schwerbehinderten, die nach Art oder Schwere ihrer Behinderung im Arbeitsleben besonders betroffen sind.

Entwicklung der Integration Behinderter in geschützten Abteilungen

Jahr	Anzahl der Abteilungen	Schwerbehinderte
1991	18	365
1992	15	319
1993	28	402
1994	34	546
1995	51	668
1996	25	302

Auch das Land Brandenburg will diesen Integrationsansatz weiterentwickeln.

6.20

Die 1987 vom Land Berlin errichtete Stiftung „Arbeit für Behinderte“ soll die Eingliederung Schwerbehinderter in das Arbeitsleben ermöglichen und erleichtern, wenn Rechtsgrundlagen für eine entsprechende Hilfe nicht vorhanden sind oder nicht ausreichen. Die Stiftung verfolgt dieses Ziel durch

- Zuschüsse zum Arbeitsentgelt an Arbeitgeber, wenn diese Arbeitsplätze zur Erprobung der Eignung von Schwerbehinderten bereitstellen,
- Hilfen zur Erlangung oder Erhaltung eines angemessenen Arbeitsplatzes und
- Hilfen zur Gründung einer selbständigen beruflichen Existenz.

1996 erbrachte die Stiftung Leistungen in 44 neuen und 14 im Vorjahr begonnenen Fällen und ermöglichte damit arbeitslosen oder aus Werkstätten für Behinderte kommenden Schwerbehinderten eine Arbeit in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes oder in einer selbständigen Existenz. Von den insgesamt 58 mit rund 184 000 DM geförderten Fällen konnten 32 in ein Dauerarbeitsverhältnis überführt werden; in drei Fällen sicherten die Leistungen einen Arbeitsplatz, und in einem Fall konnten die Chancen für eine berufliche Eingliederung durch die Hilfe bei der Beschaffung eines die Integration begünstigenden Hilfsmittels verbessert werden.

6.21

Vorrangiges Ziel ist die Eingliederung Behinderter in Betriebe und Verwaltungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Behinderten, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung für eine solche Beschäftigung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder zur Verfügung stehen, bieten **Werkstätten für Behinderte** eine Beschäftigung. Die Werkstätten für Behinderte gliedern sich in einen Arbeitstrainings- und einen Arbeitsbereich, wobei der bis zu 2-jährigen Förderung im Arbeitstrainingsbereich ein vierwöchiges Eingangsverfahren vorgeschaltet sein kann. Aufgabe der Werkstätten im Arbeitstrainingsbereich ist es, Behinderte so zu fördern, daß sie anschließend in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich

verwertbarer Arbeitsleistung im Arbeitsbereich der Werkstatt zu erbringen. Darüber hinaus hat die Werkstatt Behinderte so weit zu fördern, daß sie das Optimum ihrer Leistungsfähigkeit erreichen, möglichst so weit, daß eine Beschäftigung zu Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts in Betracht kommt.

Der Rechtsanspruch auf Aufnahme in eine Werkstatt für Behinderte ist auch weiterhin an die Voraussetzung geknüpft, daß spätestens nach Teilnahme an Maßnahmen im Arbeitstrainingsbereich wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbracht werden kann; dies entspricht der Aufgabenstellung der **Werkstätten als Einrichtungen der beruflichen Eingliederung**. Aus dieser Aufgabenstellung folgt, daß es gewisse Mindestanforderungen an den Behinderten (Mindestaufnahmeveraussetzungen) geben muß. Behinderte, bei denen eine erfolgreiche Eingliederung in das Arbeitsleben nicht erwartet werden kann, können in der Werkstatt weiterhin keine Aufnahme finden. Für diesen Personenkreis sieht das Schwerbehindertengesetz ausdrücklich die Förderung in den den Werkstätten angegliederten Einrichtungen (unter dem „verlängerten Dach“ der Werkstätten) vor.

Im Rahmen ihrer Förderung haben die Werkstätten den Behinderten eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt anzubieten. Sie haben es den Behinderten darüber hinaus auch zu ermöglichen, ihre Fähigkeiten zu wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei auch ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Dazu müssen die Werkstätten über ein möglichst breites Angebot an Arbeitstrainings- und Arbeitsplätzen sowie über qualifiziertes Personal und einen begleitenden Dienst verfügen.

6.22

Leistungsträger für das **Eingangsverfahren** und den **Arbeitstrainingsbereich** ist im wesentlichen die Bundesanstalt für Arbeit, die im Jahre 1996 hierfür Leistungen in Höhe von rund 424,5 Mio DM erbracht hat. In den neuen Bundesländern waren in den letzten Jahren in der Regel die Rentenversicherungsträger zuständig, da die in den Werkstätten geförderten Behinderten zum großen Teil Bezieher von „Invalidenrenten“ waren. Da dieser Anspruch nur für diejenigen Behinderten besteht, die bis zum Jahr 1996 das 18. Lebensjahr vollendet hatten, wird künftig auch in den neuen Bundesländern die Bundesanstalt für Arbeit vermehrt der Träger sein. Zuständige Leistungsträger für den **Arbeitsbereich der Werkstätten** sind fast ausschließlich die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die dafür 1995 rund 3,6 Mrd DM in den alten und rund 561 Mio DM in den neuen Bundesländern aufgewendet haben.

6.23

Anerkannt waren im Juli 1997 insgesamt 635 **Werkstätten** für Behinderte, in denen rund 155 000 behinderte Menschen Förderung, Beschäftigung und Be-

treuung finden, davon rund 140 700 im Arbeits- und 14 300 im Arbeitstrainingsbereich; auf die neuen Bundesländer entfallen davon 172 Werkstätten mit rund 24 000 Plätzen.

Inzwischen befindet sich auch das Werkstättenetz in den östlichen Bundesländern auf dem Weg der Konsolidierung. In den folgenden Jahren geht es darum, die notwendigen Neu-, Um- und Ausbaumaßnahmen und den laufenden Betrieb durch angemessene öffentliche Finanzierung zu sichern.

Zur Beschäftigung im Arbeitsbereich in Werkstätten für Behinderte sind aus der Statistik der einschlägigen Sozialhilfeleistungen folgende Angaben für 1995 verfügbar, die im Bundesdurchschnitt einen Frauenanteil von 42,2 v. H. ergeben:

Land	insgesamt	weiblich	männlich
Baden-Württemberg	15 156	6 668	8 488
Bayern	20 346	8 722	11 624
Berlin	2 280	979	1 301
Berlin-West	1 427	572	855
Berlin-Ost	853	407	446
Brandenburg	4 674	1 882	2 792
Hamburg	913	364	549
Hessen	10 309	4 418	5 891
Mecklenburg-Vorpommern	2 872	1 053	1 819
Niedersachsen	16 411	7 014	9 397
Nordrhein-Westfalen	31 226	13 289	17 937
Rheinland-Pfalz	6 836	2 771	4 065
Saarland	2 056	867	1 189
Sachsen	5 456	2 149	3 307
Sachsen-Anhalt	3 784	1 502	2 282
Schleswig-Holstein	4 484	1 893	2 591
Thüringen	4 569	1 834	2 735
Deutschland ¹⁾	131 372	55 405	75 967
alte Länder ¹⁾	109 164	46 578	62 586
neue Länder und Berlin-Ost	22 208	8 827	13 381

¹⁾ ohne Bremen

6.24

Mit dem **Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts** sind zum August 1996 auch Änderungen im Schwerbehindertengesetz, in der Werkstättenverordnung Schwerbehindertengesetz und im Arbeitsgerichtsgesetz in Kraft getreten, die eine Reihe von Verbesserungen vorsehen. So sind die Werkstätten verpflichtet, den im Arbeitstrainingsbereich geförderten Behinderten eine angemessene berufliche Bildung anzubieten, für die ein Zeitraum von zwei Jahren ausreichend ist, da der Arbeitstrainingsbereich nicht auf einen bestimmten Beruf vorbereiten kann und soll.

Angemessene berufliche Bildung beschränkt sich nicht nur auf den Arbeitstrainingsbereich. Auch im Arbeitsbereich sind – in Leistungsträgerschaft der Sozialhilfe – Maßnahmen zur Erhaltung und Erhöhung der Leistungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit der Behinderten sowie zur Förderung des Übergangs auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt durchzuführen.

Ab 1998 ist mit Inkrafttreten des Dritten Buches Sozialgesetzbuch eine Förderung durch die Bundesanstalt für Arbeit und die anderen Träger der beruflichen Rehabilitation im Eingangsverfahren bis zur Dauer von 4 Wochen und im Arbeitstrainingsbereich bis zur Dauer von 2 Jahren möglich. Ausdrücklich im Gesetz geregelt ist dann – wie bisher durch Anordnung der Bundesanstalt für Arbeit –, daß die Leistungen im Arbeitstrainingsbereich über ein Jahr hinaus erbracht werden, wenn die Leistungsfähigkeit des Behinderten weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

6.25

Im Vordergrund der seit August 1996 geltenden Neuregelungen steht die Verbesserung der Entlohnung der Behinderten in Werkstätten. Die Behinderten haben nunmehr ein **Recht auf eine leistungsangemessene Entlohnung** gegenüber der Werkstatt (Träger) aus dem Arbeitsergebnis der Werkstatt. Durch ein Bündel von Maßnahmen wurden die Voraussetzungen für eine höhere Entlohnung geschaffen:

- Das Arbeitsergebnis der Werkstätten wird von Kosten entlastet, die bisher aus dem Arbeitsergebnis bestritten werden mußten.
- Die Einnahmen werden durch die Verpflichtung der Sozialhilfeträger zur erweiterten Übernahme von Personal- und Sachkosten verbessert.
- Die Sozialhilfeträger dürfen – als sogenannte Nettoerlösrückführung – Teile des Arbeitsergebnisses der Werkstatt (gleich in welcher Form) nicht mehr in Anspruch nehmen.
- Die Werkstätten dürfen die Einnahmen – Umsatzerlöse, Zins- und sonstige Erträge aus der wirtschaftlichen Tätigkeit und die Einnahmen aus den Kostensätzen – nur noch verwenden für
 - notwendige Kosten des laufenden Betriebs,
 - die Entlohnung der Behinderten,
 - die Bildung einer – in ihrem Umfang begrenzten – Rücklage zum Ausgleich von Ertragschwankungen,
 - Ersatz- und Modernisierungsinvestitionen unter bestimmten Voraussetzungen – im Gegensatz zu Investitionen für die Schaffung und Ausstattung neuer Werkstattplätze,
 - die Bildung von Rücklagen soweit handelsrechtliche Vorschriften abweichende Regelungen vorsehen.

Diese Regelungen der Werkstättenverordnung sind notwendig, um Behinderten zu einem leistungsangemessenen Lohn aus dem Arbeitsergebnis der Werkstatt zu verhelfen, das nunmehr in der Regel im Um-

fang von mindestens 70 v. H. für die Lohnzahlung zu verwenden ist. Allerdings bewirken sie nur dann real höhere Entgelte, wenn die Werkstätten für Behinderte das Arbeitsergebnis tatsächlich nur für die vorgesehenen Zwecke verwenden und die Sozialhilfeträger das Verbot der Nettoerlösrückführung und die erweiterte Kostenübernahmepflicht umsetzen. Wegen der Deckelung der Pflegesätze in den Jahren bis 1998 kann die erweiterte Kostenübernahme durch die Sozialhilfeträger allerdings erst mit Einführung des neuen Finanzierungssystems für die Hilfe in Einrichtungen ab 1999 voll zum Tragen kommen; die Begrenzung des Anstiegs der Pflegesätze gilt für alle Einrichtungen im Bereich der Sozialhilfe und damit auch für die Werkstätten für Behinderte. Spätestens bis dahin ist die Verordnung über die im Pflegesatz zu berücksichtigenden Kosten zu erlassen; sie ist in Vorbereitung.

6.26

Behinderte im Arbeitsbereich der Werkstätten stehen seit dem 1. August 1996 – wenn sie nicht ausnahmsweise nach den allgemeinen Grundsätzen und Vorschriften des Arbeitsrechts Arbeitnehmer sind – zu den Werkstätten in einem **arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis**. Für die Behinderten gelten die für Arbeitnehmer geltenden arbeitsrechtlichen und arbeitsschutzrechtlichen Vorschriften und Grundsätze kraft Gesetzes; dazu zählen vor allem die Vorschriften über Arbeitszeit, Urlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle, Mutterschutz, Persönlichkeitsschutz und Haftungsbeschränkung.

Behinderte haben gegen den Werkstattträger einen Rechtsanspruch auf Abschluß eines schriftlichen Vertrags, der konkret und individuell die beiderseitigen Rechte und Pflichten regelt. Für Rechtsstreitigkeiten zwischen Behinderten und Werkstätten aus dem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis sind seit August 1996 nicht mehr die Zivilgerichte, sondern die **Arbeitsgerichte** zuständig. Auch das wird dazu beitragen, daß Behinderte in Werkstätten soweit wie möglich wie Arbeitnehmer behandelt werden.

6.27

Zu den Rechten der Behinderten in den Werkstätten gehört auch das **Recht auf Mitwirkung** in den ihre Interessen berührenden Angelegenheiten der Werkstätten. Dazu zählen insbesondere die Gestaltung der täglichen Arbeitszeit, der einheitliche Betriebsurlaub, der Unfall- und Gesundheitsschutz, die Entgeltzahlung, die Verpflegung, die Gestaltung von Sanitär- und Aufenthaltsräumen, die Fort- und Weiterbildung, Angelegenheiten des Arbeitsablaufs und der Umsetzung von Behinderten auf andere Arbeitsplätze sowie die Gestaltung von Arbeitsplätzen und die Unterrichtung über die wirtschaftliche Lage der Werkstatt und das Arbeitsergebnis. Aufgrund der gesetzlichen Neuregelung ist in allen Werkstätten sowie in Zweigwerkstätten mit mehr als 20 wahlberechtigten Behinderten ein Werkstatttrat zu wählen, in Zweigwerkstätten bis zu 20 Wahlberechtigten ein Sprecher oder eine Sprecherin.

Die Fragen, auf die sich die Mitwirkung erstreckt, die Zusammensetzung und die Amtszeit des Werkstatttrates, die Durchführung der Wahl zum Werkstatttrat, insbesondere die Feststellung der Wahlberechtigung und der Wählbarkeit, sowie Art und Umfang der Mitwirkung sind in einer Rechtsverordnung zu regeln; sie ist in Vorbereitung.

6.28

Durch das Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts sind die Werkstätten zu weiterführenden Maßnahmen zur Verbesserung des **Übergangs Behinderter aus Werkstätten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt** verpflichtet worden, für die die überörtlichen Träger der Sozialhilfe die zuständigen Leistungsträger sind. Bereits nach dem bis Juli 1996 geltenden Recht gehörte es zu den Aufgaben der Werkstätten, geeignete Behinderte auf eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorzubereiten, um den Übergang zu ermöglichen und zu erleichtern. Seit August 1996 sind die Werkstätten verpflichtet, den Übergang nicht nur zu ermöglichen, sondern – verstärkt – zu fördern. Eine hierzu geeignete, in der Werkstättenverordnung hervorgehobene Maßnahme ist die zeitweise Beschäftigung auf ausgelagerten Arbeitsplätzen. Hierbei handelt es sich um – nicht auf Dauer vorgesehene – Beschäftigungen zur Vorbereitung des Übergangs in ein Arbeitsverhältnis zu den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts. Während dieser Zeit gehören die Behinderten weiterhin der Werkstatt an; der Sozialleistungsträger hat weiterhin seine Leistungen zu erbringen; die Werkstatt hat auch in dieser Phase die notwendige arbeitsbegleitende Betreuung sicherzustellen. Wenn Behinderte aus der Werkstatt ausscheiden und eine Beschäftigung zu Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts aufnehmen, sind die Hauptfürsorgestellen für die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben zuständig.

6.29

In anerkannten Werkstätten für Behinderte beschäftigte Behinderte sind in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung sowie in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Die Beiträge in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung richten sich nicht nach den von den Behinderten tatsächlich erzielten Arbeitsentgelten, sondern nach Mindestentgelten. Diese Mindestentgelte betragen in der Kranken- und Pflegeversicherung 20 v. H., in der Rentenversicherung 80 v. H. der Bezugsgröße in der Sozialversicherung. Mit der im Rahmen des Rentenreformgesetzes 1992 erfolgten Anhebung der Berechnungsgrundlage für die Mindestbeiträge zur Rentenversicherung der Behinderten in Werkstätten auf 80 v. H. der Bezugsgröße ist erreicht worden, daß für die Behinderten in diesen Einrichtungen ein fiktives Mindesteinkommen in Höhe von rund 75 v. H. des Durchschnittsentgelts aller in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherten Personen des laufenden Jahres in Ansatz gebracht wird. Dies ermöglicht den Behinderten in den Werkstätten eine Altersrente in einer Höhe, die sie von Leistungen der Sozialhilfe zum Lebensunterhalt unabhängig macht.

Die Beiträge werden in der Regel von dem zuständigen Leistungsträger, die Rentenversicherungsbeiträge weit überwiegend vom Bund getragen. Der Bund hat hierfür 1996 insgesamt 1,1 Mrd DM aufgewendet und für 1998 1,4 Mrd DM veranschlagt.

Im Rahmen des 2. SED-Unrechtsbereinigungsgesetzes ist mit Wirkung zum 1. Juli 1994 gesetzlich klargestellt worden, daß Behinderte, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung in einer Werkstatt für Behinderte beschäftigt sind, erwerbsunfähig sind. Damit ist sichergestellt worden, daß ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit nach Erfüllung einer Wartezeit von 240 Monaten auch dann erworben werden kann, wenn Behinderte Einkünfte oberhalb der „Geringfügigkeitsgrenze“ (zur Zeit 610/520 DM) erzielen, ihre Arbeitsleistung für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aber nicht ausreicht.

Für Behinderte in Werkstätten gilt die zum Januar 1996 eingeführte „Hinzuverdienstgrenze“ bei der Umwandlung der Erwerbsunfähigkeitsrente in eine Berufsunfähigkeitsrente nicht. Das von den Behinderten in Werkstätten erzielte Arbeitsentgelt ist rentenunschädlich. Der Personenkreis der Behinderten in Werkstätten, dessen Erwerbsunfähigkeit von Anfang an oder zumindest seit langer Zeit feststeht, hat damit nach 20jähriger Beitragszahlung einen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, die nicht durch einen in der Werkstatt erzielten Hinzuverdienst eingeschränkt ist.

6.30

Mit dem Gesetz zur Reform der Sozialhilfe ist auch die **Anrechnung von Aufträgen** an Werkstätten für Behinderte **auf die Ausgleichsabgabe** neu geregelt worden. Diese Regelung hat das Ziel, die Beschäftigungssituation der Behinderten in den Werkstätten zu verbessern; sie vermindert das Aufkommen an Ausgleichsabgabe in erheblichem Maße.

- Nunmehr können auch Aufträge, bei denen die von der Werkstatt erbrachte Arbeitsleistung geringer ist als 30 v. H. der Auftragssumme, verrechnet werden.
- Der Verrechnungssatz ist generell von 30 auf 50 v. H. angehoben worden.

Entsprechend dem Ziel, Beschäftigung für Behinderte in den Werkstätten sicherzustellen, ist Bemessungsgrundlage die Arbeitsleistung, die von der Werkstatt, also den dort beschäftigten Behinderten unter Anleitung, zuweilen auch Mitarbeit des Stammpersonals erbracht wird. Nicht zu berücksichtigen sind

- Fremdleistungen, es sei denn solche anderer anerkannter Werkstätten, sowie
- das Material, das im Vertragsgegenstand enthalten ist.

Diese Neuregelung ist für die weitaus überwiegende Zahl der Werkstätten von Vorteil:

- für alle, die Lohnfertigung haben,
- für alle, die Dienstleistungen erbringen und
- für alle, bei denen die Arbeitsleistung geringer ist als 30 v. H. des Rechnungsbetrags.

Die gesetzliche Verpflichtung der öffentlichen Hände zur Auftragsvergabe an Werkstätten für Behinderte gilt unverändert. Es bedarf weiterer Bemühungen aller öffentlichen Hände, um durch verstärkte Auftragsvergabe zur Sicherung der Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte beizutragen.

6.31

Die Schaffung von Werkstätten für Behinderte wurde in den letzten Jahren verstärkt vorangetrieben. Es wurde die Möglichkeit eröffnet, auch Werkstätten mit einer Platzkapazität zwischen 30 bis 60 Plätzen zu errichten.

Der weitere **Ausbau** eines bedarfsgerechten und flächendeckenden Netzes von Werk- und Wohnstättenplätzen für Behinderte wird stetig vorangetrieben, darunter für psychisch Kranke und sonstige Behinderte räumlich getrennte Abteilungen in bestehenden Werkstätten und eigenständige Werkstätten. Die Zahl der Plätze wird sich aufgrund des von den Ländern gemeldeten Bedarfs und der bereits getroffenen Förderentscheidungen des Bundes und der Länder weiter erhöhen. Dabei geht die Bundesregierung davon aus, daß insbesondere in den neuen Bundesländern weitere Werkstattplätze (und Wohnstättenplätze) entweder neu geschaffen oder Plätze in vorhandenen Gebäuden durch Umbau und Modernisierung an den zukünftigen Verwendungszweck angepaßt werden müssen, um diese Einrichtungen an den Standard in den westlichen Ländern heranzuführen. Bis 1997 hat die Bundesregierung allein für die neuen Bundesländer als Mitfinanzierung für den Bau von Werk- und Wohnstätten für Behinderte rund 940 Mio DM zur Verfügung gestellt; den Werkstätten in den neuen Ländern stand von 1993 bis 1997 ein Team erfahrener Werkstattleiter im Rahmen eines eigens hierfür konzipierten Projekts beratend zur Seite, für das aus dem Ausgleichsfonds 5,75 Mio DM zur Verfügung gestellt wurden.

6.32

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ermuntert die Werkstätten für Behinderte zum Einsatz neuer Technologien, auch um die berufliche Förderung der Werkstattbeschäftigten den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Anforderungen kontinuierlich anzupassen und zugleich den Ansprüchen der Auftraggeber Rechnung zu tragen. Um den Werkstätten für Behinderte die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags zu erleichtern, aus dem Arbeitsergebnis angemessene Arbeitsentgelte an die behinderten Beschäftigten zu zahlen, unterstützt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Initiativen zur erfolgreicherer Auftragsakquisition. Höhere Arbeitsentgelte als Teil des Eingliederungsauftrages stehen auch bei der Förderung von Marketingstrategien und bei der Unterstützung von Eigenproduktion und Selbstvermarktung im Vordergrund.

6.33

Um neue Bereiche der Arbeit in Werkstätten für Behinderte zu erschließen, fördert das Bundesministerium für Gesundheit ein Modellprojekt mit kreativen und künstlerischen Ausbildungs- und Arbeitsschwerpunkten. Bei der „Theaterwerkstatt Thikwa“ in Berlin

sollen künstlerische und kreativ-handwerkliche Prozesse und Arbeitsweisen bei Ausbildung, Arbeit und Rehabilitation zusammenwirken. Ziel ist, behinderten Menschen eine künstlerische Ausbildung zu ermöglichen, damit auch sie sich aktiv am kulturellen und gesellschaftlichen Leben beteiligen können.

7. Bauen und Wohnen für behinderte Menschen

7.1

Eine barrierefrei gebaute Umwelt ist für in ihrer Mobilität behinderte und ältere Menschen eine Grundvoraussetzung für eine vollwertige Teilhabe am Leben der Gesellschaft, denn auch dieser Personenkreis muß sich in der technisch-baulichen Umwelt selbständig bewegen und Gebäude, Einrichtungen, technische Anlagen sowie Straßen, Wege und Plätze, öffentlich zugängliche Gebäude und Freizeittätten möglichst ohne fremde Hilfe nutzen können.

Planen, Bauen und Gestalten hat die Belange aller als Nutzer und Anwender in Frage kommenden Menschen einzubeziehen, somit insbesondere auch die behinderter und älterer Menschen. Ziel sind nicht nur behindertengerechte oder altengerechte Einzelobjekte, sondern eine barrierefreie Umwelt für alle Menschen, denn eine barrierefreie Gestaltung ist meist auch die optimale Gestaltung für Nichtbehinderte. Bei den Lösungsmöglichkeiten für barrierefreies Bauen ist bereits ein hoher Kenntnisstand erreicht; notwendig ist eine systematische Umsetzung der zum barrierefreien Bauen vorhandenen Vorschriften, Empfehlungen und Erfahrungen in die Planungs- und Baupraxis.

Die Wohn- und Lebensbedingungen müssen behinderten, chronisch kranken und älteren Menschen ermöglichen, ein selbständiges Leben zu führen, Kontakte mit Nichtbehinderten zu pflegen und entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Barrierefrei gestaltete Wohnungen tragen zur Selbständigkeit bei und erleichtern bei Bedarf die nötige Pflege und Betreuung. Für Menschen, die erst in späteren Lebensjahren behindert werden, bildet die Anpassung des Wohnraums an die geänderten Bedürfnisse die Voraussetzung für ihren Verbleib in der vertrauten Umgebung.

7.2

Um für alle Menschen eine weitgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe zu erreichen,

- ist grundsätzlich barrierefrei zu bauen (DIN 18024, Teil 2, und DIN 18025, Teil 2, für Schwerbehinderte und Rollstuhlbenutzer DIN 18025, Teil 1),
- müssen bauliche Anlagen des öffentlichen Verkehrsraums und die Zugänge zu öffentlichen Verkehrsmitteln für alle Menschen barrierefrei zu nutzen sein (DIN 18024, Teil 1, Entwurf Oktober 1996),
- müssen behinderte Menschen die gleichen Möglichkeiten wie alle anderen haben, zu reisen und Urlaub anzutreten (Bundestags-Drucksache 12/5086), und

- müssen Behinderte 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, die sich aufgrund einer Mobilitätsbehinderung oder aufgrund sinnesphysiologischer, sonstiger körperlicher oder intellektueller Einschränkungen ergeben, vom ersten gedanklichen Ansatz an berücksichtigt, entsteht in der Regel kein oder nur 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 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.

7.3

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 funktionsspezifischen 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 und ihrer Organisationen ist bekannt, welche Anforderungen Gehbehinderte, Rollstuhlbenutzer, stark Sehbehinderte, Blinde und geistig Behinderte an eine ihrer Behinderung entsprechende behindertengerechte 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 zum Beispiel Wohnungen für Rollstuhlbenutzer entsprechend DIN 18025, Teil 1, reichen.

7.4

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 Rollstuhlbenutzer berücksichtigt, daß die Bildung ge-

schlossener Transportketten bereits in der Wohnung der Rollstuhlbenutzer 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 Wohnungen“ erfolgte, eine umfassendere Zielsetzung. Sie spricht Blinde und andere Sehbehinderte, Gehörlose und andere Hörgeschädigte, Gehbehinderte, Menschen mit sonstigen Behinderungen, ältere Menschen, Kinder, klein- und großwüchsige Menschen, also alle Menschen in jeder Lebensphase an; diese Norm kann die Grundlage für den gesamten Wohnungsbau in Deutschland bilden. 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 für die Eingliederung wichtige Ansatz, beim Auftreten einer Behinderung möglichst in der gewohnten Umgebung zu verbleiben, kann damit weitgehend berücksichtigt werden.

7.5

Bei der DIN 18024, Teil 1 vom Februar 1997 „Barrierefreies Bauen“, die im öffentlichen Bereich als Planungsgrundlage für Straßen, Plätze, Wege, öffentliche Verkehrs- und Grünanlagen sowie Spielplätze gilt, wurde der Schritt zur grundsätzlichen Anerkennung als Stand der Technik bei derartigen Maßnahmen vollzogen. Beim Neubau oder der Neugestaltung von Plätzen und Straßen sind ausreichend breite und nicht durch Hindernisse versperrte Gehwege anzulegen, Stufen zu vermeiden, Rampen mit rutschfesten Belägen Treppen vorzuziehen, Bordsteine im Bereich von Fußgängerüberwegen abzusenken, Fußgängerampeln mit akustischen Signalen auszustatten, ausgeschilderte Behindertenparkplätze in ausreichender Zahl einzurichten sowie Fußgängerzonen zu schaffen oder auszubauen. Die Anforderungen dieser Norm konnten in vielen Bereichen in die Empfehlungen für die Anlage von Erschließungsstraßen aufgenommen werden; bei der Neuanlage und beim weiteren Ausbau dürften also die Belange der Behinderten ohne besonderen Hinweis berücksichtigt werden.

Die neue DIN 18024, Teil 2 „Barrierefreies Bauen“ legt die Planungsgrundlagen für bauliche Maßnahmen für alle Menschen bei öffentlich zugänglichen Gebäuden fest. Beim Neubau derartiger Gebäude – hierzu zählen unter anderem auch Arztpraxen, Geschäfte, Gaststätten, Cafés – sind

- Eingangstreppen zu vermeiden,
- genügend breite Türen, Ruhebanke in ausreichender Zahl, Behindertentoiletten, Bedienungsinstru-

mente für Rollstuhlfahrer in erreichbarer Höhe sowie behindertengerechte Fahrstühle zu installieren und für die Behinderten kenntlich zu machen.

Auch die erforderlichen Sondereinrichtungen für Sehbehinderte und Hörgeschädigte sind zu schaffen.

7.6

Oft kann durch geringfügige bauliche Veränderungen wie durch Anbringen von Haltegriffen, Anschluß an ein Notrufsystem, Einbau einer Lichtklingelanlage für Gehörlose oder Installation eines Heimdialysegerätes Behinderten ein Verbleiben in ihrer Wohnung ermöglicht werden, so daß gewachsene soziale 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 werden, zumal nur eine volle Nutzung der im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ Rechnung trägt. Beratungsstellen zur Wohnanpassung, die teilweise vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend als Modelleinrichtungen gefördert wurden und inzwischen bundesweit eingerichtet sind, helfen insbesondere auch in ihrer Wohnung altgewordenen Menschen, durch oft nur geringfügige Veränderungen im gewohnten Umfeld zu verbleiben und Hilfebedürftigkeit in erträglichen Grenzen zu halten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation faßt zur Zeit die Grundlagen, Erfahrungen und Wirtschaftlichkeitsaspekte von barrierefreiem Bauen und Wohnen in Leitempfehlungen mit Beispielprojekten zusammen.

Zu den im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten gehören – neben wohnungsbezogenen Hilfen zur Sicherung der beruflichen Eingliederung – auch Zuschüsse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes Pflegebedürftiger. Danach können die Pflegekassen Zuschüsse bis zu 5 000 DM je Maßnahme leisten, insbesondere für technische Hilfen im Haushalt, aber auch für Umbaumaßnahmen, die im Einzelfall die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglichen, erheblich erleichtern oder dem Pflegebedürftigen das Verbleiben in seiner häuslichen Umgebung und damit eine möglichst selbständige Lebensführung erlauben. Einen Überblick über die staatliche Förderung beim Bau/Umbau bietet die vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten herausgegebene Broschüre „Finanzielle Förderung behindertengerechten Wohnens“.

7.7

Da die Länder die Regelungskompetenz zur Bauordnung und zur Wohnungsbauförderung haben, können nur sie verbindliche Vorschriften bezüglich des barrierefreien Bauens einführen; dies gilt auch für die Vorgaben zum behindertengerechten oder barrierefreien Bauen im sozialen Wohnungsbau. In Ber-

lin ist es erstmals gelungen, den Anspruch des behindertengerechten Zugangs zu öffentlich zugänglichen Gebäuden ohne Einschränkungen in einem Landesgesetz zu verankern; seit 1996 schreibt die Bauordnung dies bei allen neu zu errichtenden Gebäuden zwingend vor, desgleichen bei Nutzungsänderung und wesentlichen Umbauten bereits bestehender öffentlicher und öffentlich zugängiger Gebäude.

Die Förderbestimmungen der Länder verweisen hinsichtlich der technischen Ausführung von Sozialwohnungen überwiegend unmittelbar, in einigen Fällen aber auch durch ergänzende Bestimmungen mit ähnlichen Vorgaben auf die DIN 18025, Teil 1 und/oder Teil 2, soweit Wohnraum für bestimmte Personengruppen geplant wird, zum Beispiel für ältere Menschen oder Behinderte. Diese Vorgaben sind teils Beachtens- oder Berücksichtigungspflichten, teils Soll-Bestimmungen und haben damit im einzelnen unterschiedliche Verbindlichkeit. Einige Länder sehen die Gestaltung von Mietwohnungen des sozialen Wohnungsbaus, insbesondere von Erdgeschoßwohnungen, als barrierefreie Wohnungen nach DIN 18025, Teil 2 vor, zum Beispiel wenn sie sich von der Lage her dafür eignen oder wenn der Förderumfang eine bestimmte Wohnungsanzahl überschreitet. In anderen Fällen ist ein bestimmter Prozentsatz der geförderten Wohnungen barrierefrei zu bauen. Anpassungsbedarf besteht aber auch bei Gebäuden, die sich in der Hand von Privatpersonen und Gesellschaften befinden.

7.8

Bei allen Neubauten des Bundes werden die Planungsnormen für den öffentlichen Bereich (DIN 18024) und für den Wohnungsbau (DIN 18025) angewendet. In die Projektverträge mit der Bundesbaugesellschaft für die Baumaßnahmen des Deutschen Bundestages (Neubaumaßnahmen sowie Umbau des Reichstages) und der Bundesregierung werden die Richtlinien für behindertengerechtes Bauen jeweils ausdrücklich einbezogen. Ebenso wird für den Wohnungsbau schon bei den Investorenwettbewerben das barrierefreie Bauen nach der DIN 18025, Teil 2 zugrunde gelegt.

Bei den Baumaßnahmen von Parlament und Regierung in Berlin werden seit Beginn der Planungen die Belange der Behinderten in besonderem Maße berücksichtigt. In vielen Punkten gehen die Auflagen über die Anforderungen der einschlägigen Vorschriften hinaus. So haben zum Beispiel für das Reichstagsgebäude die für die Bauvorhaben innerhalb des Spreebogens zuständige Bundesbaugesellschaft Berlin und die planenden Architekten eigens ein Behindertenkonzept aufgestellt. In diesem Konzept wird die Zugänglichkeit und die Benutzbarkeit jedes einzelnen Gebäudeteils für Behinderte unter dem Gesichtspunkt „barrierefreien Bauens“ erläutert.

7.9

Mit Forschungsprojekten läßt das Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau im Rahmen der technischen Bau- und Wohnforschung

grundlegende Erkenntnisse für einen hohen Qualitätsstandard des behindertengerechten Wohnens einerseits und des barrierefreien Bauens und Wohnens für alle Menschen andererseits erarbeiten. Das Forschungsprogramm „Experimenteller Wohnungs- und Städtebau“ des Ministeriums geht von der absehbar wachsenden Zahl alter und behinderter Menschen und dem Ziel 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.

Von 1989 bis 1992 sind im Rahmen des genannten Programms 21 städtebauliche Modellvorhaben zur Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen älterer Menschen in ihren Wohnquartieren durchgeführt worden. Dabei ging man davon aus, daß ältere Menschen nicht immer behindert sind, sondern sah – entsprechend einem differenzierten Altenbild – ältere Menschen als eine Bevölkerungsgruppe mit unterschiedlichen Gewohnheiten, Bedürfnissen und Handlungsmöglichkeiten – und damit als eine Bevölkerungsgruppe, die auch Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen umfaßt. Mit steigendem Alter wächst allerdings die Wahrscheinlichkeit, zum Beispiel mit Einschränkungen der körperlichen Bewegungsfreiheit leben zu müssen und noch mehr an die Wohnung oder an das unmittelbare Wohnumfeld gebunden zu sein.

Die Praxiserfahrungen aus den Modellvorhaben haben zu Erkenntnissen geführt, die zum Teil für behinderte Menschen nutzbar sind und zur Verbesserung ihrer Wohn- und Lebensbedingungen beitragen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich

- Barrierefreiheit: barrierefreie Zugänglichkeit und Benutzbarkeit von Wohnungen und Gebäuden sowie barrierefreie Wegeverbindungen im Wohnumfeld sind zentrale Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung von Mobilität und Selbständigkeit im Alter und bei Behinderungen;
- wohnungsnahe Einrichtungen: in Wohnungsnähe sind Raumangebote für Versorgung, Betreuung, Begegnung und Freizeitgestaltung erforderlich;
- kleinräumige Funktionsmischung: Stadtquartiere mit Wohnungen, Arbeitsstätten, Versorgungs- und Freizeiteinrichtungen in räumlicher Nähe sowie mit gemischten Sozial- und Altersstrukturen bieten günstige Voraussetzungen für eine möglichst selbständige Lebensführung und die gesellschaftliche Integration älterer und behinderter Menschen.

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 von Wohnungsbauwettbewerben sollte behindertenfreundliche und behindertengerechte Gestaltung als Kriterium eingeführt werden.

7.10

Im **sozialen Wohnungsbau** nach dem Zweiten Wohnungsbaugesetz werden Eigentumsmaßnahmen und der Neubau von Mietwohnungen gefördert. Die Durchführung der Fördermaßnahmen und damit auch die Bemessung der Förderleistungen im Einzelfall ist Aufgabe der Länder; der Bund stellt den Ländern für den sozialen Wohnungsbau erhebliche Finanzhilfen zur Verfügung. Bei der Förderung 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. So ist nach den gesetzlichen Vorschriften beim Einsatz der Mittel für den sozialen Wohnungsbau zu gewährleisten, daß auch der Wohnungsbau für Schwerbehinderte vordringlich gefördert wird; darüber hinaus wird in der zwischen Bund und Ländern jährlich abzuschließenden Verwaltungsvereinbarung bekräftigt, daß unter anderem Schwerbehinderte so vordringlich wie möglich mit Wohnraum versorgt und die Gesichtspunkte des barrierefreien Bauens berücksichtigt werden sollen. 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 bei Schwerbehinderten mit einem Grad der Behinderung von 100 oder von wenigstens 80 bei gleichzeitig bestehender häuslicher Pflegebedürftigkeit um 9 000 DM, bei einem Grad der Behinderung von unter 80 und gleichzeitig bestehender häuslicher Pflegebedürftigkeit um 4 200 DM. Dies hat Auswirkungen auch auf die Förderung im sogenannten Zweiten Förderungsweg, in dem diese Einkommensgrenzen 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. Bei der Eigenheimförderung erhöht sich das sogenannte „Familienzusatzdarlehen“ um je 2 000 DM, wenn zum Familienhaushalt Schwerbehinderte gehören.

Bei der Förderung im sozialen Wohnungsbau vorgegebene Wohnflächengrenzen können überschritten werden, wenn ein Mehrbedarf aufgrund besonderer persönlicher Bedürfnisse dies erfordert; vor allem bei schwerer Behinderung kann ein derartiger Mehrbedarf in Betracht kommen. Zudem können bei behinderungsbedingten zusätzlichen Baumaßnahmen und dadurch erhöhten Baukosten im Rahmen der jewei-

ligen Förderungsbestimmungen weitere Finanzierungsmittel gewährt werden. Allgemein ist eine vorrangige Vergabe von Sozialmietwohnungen an Schwerbehinderte vorgesehen, soweit den zuständigen Stellen gesetzliche oder vertragliche Belegungsrechte zustehen; dies gilt entsprechend auch in den neuen Ländern.

7.11

Den besonderen Schwierigkeiten Behinderter soll auch bei der für diese Legislaturperiode vorgesehenen Reform des Wohnungsbaurechts Rechnung getragen werden. So enthält der Regierungsentwurf dieses Gesetzes in seinen allgemeinen, für alle wohnungspolitischen Maßnahmen geltenden Grundsätzen das Gebot, Maßnahmen des Wohnungsbaus und der Modernisierung so auszuführen, daß der Wohnraum und sein Umfeld möglichst barrierefrei sind. Für die Förderung – künftig soziale Wohnraumförderung –, bei der grundsätzlich die Anforderungen des barrierefreien Bauens zu beachten sind, ist darüber hinaus vorgesehen, daß für bauliche Maßnahmen, die wegen spezifischer Behinderungen erforderlich werden, eine zusätzliche Förderung gewährt werden kann. Der besondere Wohnbedarf, der sich aus einer Behinderung ergibt, soll künftig durch die Bevorzugung bei der Förderung des selbstgenutzten Eigentums berücksichtigt werden. Wie im geltenden Recht sollen sich die Wohnflächen erhöhen, wenn dies zur Berücksichtigung besonderer persönlicher Bedürfnisse erforderlich ist; ein solcher Mehrbedarf kann sich insbesondere aus einer Schwerbehinderung ergeben. Da Einkommensgrenzen künftig nicht mehr bundesgesetzlich geregelt werden sollen, entfällt zwar die Vorgabe eines bestimmten Abzugsbetrages bei Behinderten; die Länder können aber wie bisher besonderen Belastungen, zu denen auch Behinderungen zu zählen sind, durch einen Abzugsbetrag Rechnung tragen.

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

Im Rahmen der steuerlichen Wohneigentumförderung nach dem Eigenheimzulagengesetz gibt es zwar keine gesonderte Zusatzförderung für Behinderte. Gefördert wird jedoch auch die Herstellung oder der Erwerb von Wohnungen, 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 Behinderten eine möglichst selbständige Lebensführung und gleichwertige gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen.

7.12

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 für die Wohngeldberechtigung maßgeblichen Jahreseinkommens wird zugunsten Haushaltsangehöriger Schwerbehinderter mit einem Grad der Behinderung von 100 – oder wenigstens von 80 bei gleichzeitig bestehender häuslicher Pflegebedürftigkeit – ein Freibetrag von 3000 DM eingeräumt. Der Freibetrag vermindert sich auf 2400 DM für nicht pflegebedürftige schwerbehinderte Haushaltsangehörige mit einem Grad der Behinderung von 80 bis unter 100; diesen Freibetrag erhalten auch Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von unter 80, wenn gleichzeitig häusliche Pflegebedürftigkeit besteht.

7.13

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 des Behinderten,
- behindertengerechte Wohnungen für schwer Körperbehinderte, insbesondere für Rollstuhlfahrer (DIN 18025, Teil 1),
- Gruppenwohnungen für geistig- und mehrfachbehinderte Menschen,
- Wohnungen 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 und
- Pflegeheime und stationäre Einrichtungen mit besonderen Angeboten für Schwerstpflegebedürftige.

Welche dieser Wohnformen zu wählen ist, sollte sich nach der jeweiligen Art und Schwere der Behinderung, den individuellen Bedürfnissen und den konkreten Lebensumständen der Betroffenen richten. Die genannten Wohnformen stehen jedoch bisher kaum in ausreichendem Maße zur Verfügung, so daß behinderte Menschen nicht immer die Möglichkeit haben, ihre Wohn- und Lebensorte selbst zu wählen; das betrifft sowohl das in einer Region vorgehaltene Spektrum als auch das zahlenmäßige Angebot an Wohnmöglichkeiten. Eine große Zahl erwachsener behinderter Menschen lebt noch im Elternhaus, weil andere Wohnangebote nicht verfügbar sind oder nicht dem individuellen Hilfebedarf entsprechen.

7.14

Im Juni 1996 gab es im Bundesgebiet 2857 Heime für erwachsene behinderte Menschen mit 130 586 Heimplätzen, davon 1 165 Einrichtungen mit 24 947 Plätzen in den neuen Ländern (ohne Berlin).

Bundesland	Heime	Plätze
Baden-Württemberg	151	13 540
Bayern	378	19 570
Berlin	82	2 319
Brandenburg	135	6 158
Bremen	78	1 273
Hamburg	140	2 771
Hessen	304	9 429
Mecklenburg-Vorpommern	63	2 363
Niedersachsen	399	18 311
Nordrhein-Westfalen	380	24 571
Rheinland-Pfalz	122	7 950
Saarland	42	1 388
Sachsen	122	5 533
Sachsen-Anhalt*)	149	6 729
Schleswig-Holstein	167	4 516
Thüringen	140	4 075

*) einschließlich 1 254 Plätzen für Behinderte in mehrgliedrigen Einrichtungen

Eine nicht genau bekannte Zahl vor allem geistig oder mehrfachbehinderter Menschen, die häufig auch ein hohes Maß an Pflegebedürftigkeit aufweisen, ist noch immer in psychiatrischen und neurologischen Krankenhäusern, in geriatrischen Kliniken sowie in Altenpflegeheimen untergebracht. In den neuen Bundesländern betraf das 1994/95 etwa 5 000 Personen. Vergleichbare Daten für die alten Bundesländer sind nicht bekannt; es ist aber davon auszugehen, daß auch dort noch behinderte Menschen in psychiatrischen Einrichtungen und in Altenpflegeeinrichtungen leben.

7.15

Verschiedene Erhebungen auf örtlicher oder regionaler Ebene haben 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. Dies bestätigt auch eine 1995 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführte bundesweite Untersuchung zur Lebenssituation behinderter Menschen in Heimen und Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe; danach verfügen nur etwa 40 v.H. der befragten Behinderteneinrichtungen über Notaufnahmekapazitäten. Eine kurzzeitige Unterbringung war in etwa der Hälfte der befragten Einrichtungen möglich; zwei Drittel der Einrichtungen sehen aber die Notwendigkeit, Plätze für Kurzzeitunterbringungen und Notaufnahmen vorzuhalten.

Im Rahmen der genannten Untersuchung wurden unter anderem die Gründe für eine Heimaufnahme erhoben. In etwa zwei Drittel der Fälle erfolgte dann

eine Heimaufnahme, wenn die Versorgung durch die Eltern oder die häusliche Betreuung durch andere Personen nicht mehr möglich war. In knapp einem Drittel der Fälle ergab sich die Heimaufnahme, weil das selbständige Wohnen die Grenzen der Alltagskompetenz der betroffenen Personen überschritten hatte. Insgesamt stellte sich heraus, daß der Wechsel in ein Heim in über drei Viertel der Fälle versorgungsorientiert ist und häufig aus einer Notsituation erfolgt, ohne daß die Betroffenen Einfluß auf diese Entscheidung haben. Nur bei einem vergleichsweise geringen Anteil entsprach demgegenüber der Wechsel in ein Heim den eigenen Wünschen; Gründe für den Wechsel waren zum Beispiel in rund 20 v.H. der Fälle ein Zuwachs an mehr Selbständigkeit und zu etwa 10 v.H. die altersgemäße Ablösung vom Elternhaus.

Die Zahl der Heimunterbringungen könnte nach verbreiteter Einschätzung zunehmend gesenkt werden. Dieser Prozeß setzt neben einem ausreichenden Angebot an den genannten differenzierten Wohnformen auch den weiteren Ausbau ambulanter Dienste voraus, die die Betroffenen weitgehend beteiligen und deren persönliche und soziale Kompetenz stärken.

7.16

Durch die genannte Untersuchung konnten repräsentative Daten zur Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe ermittelt werden. Neben Strukturdaten zu den Einrichtungen wurden vor allem Informationen über sachliche und räumliche Bedingungen des Wohnens, soziale Zusammenhänge, Handlungsspielräume und Einflußmöglichkeiten von Bewohnerinnen und Bewohnern auf organisatorische Abläufe gewonnen. Einen besonderen Schwerpunkt bildeten Fragen der Alltagsgestaltung und Tagesstrukturierung in den Einrichtungen. Zu allen Lebensbereichen waren Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen in die Erhebungen einbezogen; dadurch konnten die Sichtweisen derer, die vom „Leben im Heim“ betroffen sind, in die Ergebnisse einfließen.

1995 lebten etwa 142 000 behinderte Menschen, darunter 120 000 in den alten und 22 000 in den neuen Bundesländern, in rund 3 000 Heimen und unterschiedlichen Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Die Verteilung nach dem Geschlecht war mit 53 v.H. Bewohnern und 47 v.H. Bewohnerinnen relativ ausgeglichen (siehe Tabelle auf Seite 86).

Das Angebot wird im wesentlichen geprägt durch **Wohnheime für Erwachsene**, die in Werkstätten für Behinderte, auf Regiearbeitsplätzen oder in Betrieben oder Verwaltungen des allgemeinen Arbeitsmarkts tätig sind oder die bei schwerwiegenden Beeinträchtigungen in Fördergruppen oder anderen Maßnahmen außerhalb der Wohngruppe betreut werden. Über die Hälfte aller Wohnplätze bundesweit lassen sich diesen Wohnformen zuordnen, in den neuen Bundesländern 61,2 v.H., in den alten Ländern 52,2 v.H. aller Plätze. Eine **selbständige Lebensführung** ermöglichen demgegenüber bundesweit nur etwa 15 v.H. aller Wohnplätze; hierzu

Art der Angebote	Anteil an allen Plätzen in v. H.			
	West	Ost	Berlin	gesamt
Wohnform für Erwerbstätige (einschl. Werkstätten für Behinderte) . . .	36,3	42,0	34,5	36,9
Wohnen mit sonstiger Beschäftigung oder Förderung außerhalb der Wohngruppe	15,9	19,2	17,5	16,3
Wohnen mit integrierter Beschäftigung/Förderung	11,7	13,8	14,4	12,1
Wohnen mit ganztägigem Pflegeangebot	12,1	10,0	3,6	11,5
Außenwohngruppen	6,7	4,1	1,8	6,2
Internate von Bildungstätten	5,0	3,0	0,6	4,6
Wohngemeinschaften . . .	3,9	1,7	15,8	4,2
Betreutes Einzel- oder Paarwohnen	3,5	3,0	7,7	3,6
sonstige (Trainingswohngruppen, Dorf-/Stadtgemeinschaften, Servicehäuser, Feierabendheime)	4,8	3,3	4,0	4,6

zählen betreutes Einzel- oder Paarwohnen, Außenwohngruppen, Wohngemeinschaften, Trainingswohngruppen und -plätze sowie sogenannte Servicehäuser, und zwar in den alten Bundesländern 15,1 v.H., in den neuen Ländern 9,7 v.H. Im Bundesdurchschnitt bieten fast 60 v.H. aller Träger Plätze in offenen Wohnformen an, allerdings in den neuen Ländern bislang nur etwa 37 v.H., in den alten Ländern 62 v.H. aller Träger. Solche differenzierten Angebote werden in den letzten Jahren sowohl von Trägern der traditionellen stationären Behindertenhilfe als auch von kleineren Vereinen und Initiativen zunehmend ausgebaut; die vorhandenen Angebote reichen aber bei weitem nicht aus, um den bestehenden Bedarf zu decken. Eine dritte große Gruppe von Angeboten umfaßt **Wohnen mit integrierter Beschäftigung oder Förderung** und **Wohnen mit ganztägigem Pflegeangebot**; fast ein Viertel (23,6 v.H.) aller Wohnplätze im Bundesgebiet entfällt darauf. Außer behinderten Menschen mit erheblichem Pflegebedarf werden in diesen Wohnformen insbesondere auch behinderte Senioren betreut, für die tagesstrukturierende Angebote außerhalb des Wohnbereichs nicht zur Verfügung stehen.

7.17

Die dargestellten Ergebnisse machen außerdem deutlich, daß unter den Wohneinrichtungen Angebote dominieren, die eine umfassende Versorgung mit Wohnraum, pädagogischen, pflegerischen, therapeutischen und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen sowie Beschäftigungs- und Arbeitsbereichen bieten. Diese Strukturen sind einerseits im Zusam-

menhang mit dem Hilfebedarf der in Wohneinrichtungen lebenden Personen zu sehen, da in den Einrichtungen häufig Menschen mit relativ hohem Hilfe- und Pflegebedarf leben; andererseits weisen die Ergebnisse darauf hin, daß sich individuelle Potentiale der Bewohnerinnen und Bewohner nicht immer voll entfalten können. Zum Beispiel sind hauswirtschaftliche Leistungen vielfach pauschal und ohne differenzierte Berücksichtigung des konkreten Hilfebedarfs organisiert. 36 v.H. der befragten Einrichtungen bieten hauswirtschaftliche Hilfen als Regelleistungen obligatorisch an, in rund 43 v.H. der Einrichtungen werden die Bewohner an der Organisation der hauswirtschaftlichen Hilfen beteiligt, und in nur 20 v.H. der Einrichtungen können hauswirtschaftliche Hilfen im Einzelfall gewählt werden. In allen Einrichtungsformen leben Bewohnerinnen und Bewohner, die im Bereich der Selbstversorgung und Haushaltsführung selbständig tätig werden könnten, denen die vorgegebenen Strukturen dies aber nicht gestatten; insofern lassen sich Tendenzen einer Überversorgung beobachten, die auch dazu beitragen, daß Fähigkeiten der Selbstversorgung und Eigenständigkeit verloren gehen. Demgegenüber wurde eine tendenzielle Unterversorgung in bezug auf eine individuelle psychosoziale Begleitung und Förderung der einzelnen Bewohner festgestellt; individuelle Angebote, die auf die jeweiligen Bedürfnisse zugeschnitten sind, sind aber Voraussetzung für Eigenständigkeit der Betroffenen.

Veränderungen müssen sich vor allem auf eine weitere Differenzierung der Angebote und eine Erweiterung von Mitsprache- und Handlungsspielräumen der Bewohnerinnen und Bewohner richten. Es besteht Konsens bei der überwiegenden Mehrzahl der Einrichtungen, daß die Organisation und die Lebensweise in Einrichtungen heute an Kriterien wie Individualisierung der Hilfen, Förderung von Selbstbestimmung und Eigenständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner gemessen werden müssen. Mehr als die Hälfte aller Einrichtungen (54,3 v.H.) sehen in dieser Hinsicht in den nächsten Jahren Entwicklungsbedarf; vorrangig nannten sie den Ausbau des betreuten Wohnens, die Schaffung von Trainingswohngruppen sowie den Ausbau ambulanter Hilfen. Derzeit bieten über 60 v.H., in den neuen Ländern sogar mehr als 70 v.H. der Träger auch offene Hilfen an; Schwerpunkte dabei sind im gesamten Bundesgebiet Frühförderung, Familienentlastende Dienste, Erwachsenenbildung und Freizeitangebote. Die Träger engagieren sich vor allem in den Bereichen, die auf eine Unterstützung von Familien mit behinderten Angehörigen zielen; inwieweit diese Angebote den Bedarf decken, kann aber nicht eingeschätzt werden.

7.18

Unter den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe dominieren mit knapp 60 v.H. Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Etwa 15 v.H. der Einrichtungen sehen ihren Schwerpunkt bei der Betreuung geistig und körperlich behinderter Menschen; 16 v.H. der Einrichtungen bieten Betreuung für Menschen mit psychisch-seelischen Behinderun-

gen an. In den Einrichtungen leben alle Altersgruppen; allerdings differieren die Anteile erheblich. Kinder und Jugendliche bis unter 18 Jahren bilden nur eine kleine Gruppe in Einrichtungen für körperbehinderte (5 v.H.) und geistig- und mehrfachbehinderte Menschen (7,2 v.H.); dies gilt insbesondere für Kinder im Vorschulalter.

Die überwiegende Anzahl der Bewohner und Bewohnerinnen von Behinderteneinrichtungen ist im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 64 Jahren, von denen 62 v.H. tatsächlich erwerbstätig sind. Etwa 60 v.H. der Bewohnerinnen und Bewohner arbeiten in einer besonderen Einrichtung, zum Beispiel in einer Werkstatt für Behinderte, 1 v.H. in einem Betrieb oder einer Verwaltung des allgemeinen Arbeitsmarkts. Bei den 37 v.H. Behinderten, die nicht erwerbstätig sind, handelt es sich vorrangig um schwer körper- oder mehrfachbehinderte Menschen; der Anteil der Erwerbstätigen ist unter den Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer geistigen oder seelischen Behinderung deutlich höher. Außerdem nimmt der Anteil der Erwerbstätigkeit mit zunehmendem Alter stetig ab; während bei den 16- bis 39jährigen immerhin 71 v.H. erwerbstätig sind, gilt dies nur noch für gut 54 v.H. der 40- bis 64jährigen.

Erwachsene Menschen mit Behinderungen ab dem 25. Lebensjahr bilden die größte Gruppe behinderter Menschen in Einrichtungen; das Durchschnittsalter liegt bei 42 Jahren. Mit Beginn des Erwachsenenalters haben viele Haushalte den Zeitpunkt erreicht, an dem die Leistungsfähigkeit familiärer Hilfesysteme erschöpft zu sein scheint. Hinzu kommt der Wunsch der Betroffenen nach einer altersgemäßen Ablösung vom Elternhaus, aber auch die jüngere Elterngeneration wünscht sich häufig für ihre erwachsenen Kinder mehr Möglichkeiten einer selbständigeren Lebensführung.

Der vergleichsweise geringe Anteil der über 65jährigen in den Einrichtungen mit etwa 12 v.H. wird mit zunehmender Lebenserwartung behinderter Menschen in den nächsten Jahren deutlich anwachsen. Gegenwärtig handelt es sich bei den Älteren um Bewohner von Spezialeinrichtungen, zum Beispiel Blindenaltenheimen oder Einrichtungen für seelisch Behinderte. In zunehmendem Maße werden aber in Wohnrichtungen auch geistig- und mehrfachbehinderte Menschen leben, die aus Alters- oder gesundheitlichen Gründen einer Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte oder anderswo nicht mehr nachgehen können. Hier sind neue konzeptionelle Ansätze bei der Betreuung erforderlich, die den speziellen Bedürfnissen dieses Personenkreises Rechnung tragen. Nach ihren Wünschen für die Zukunft befragt, äußerten ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner der befragten Einrichtungen unter anderem die Hoffnung, bis an ihr Lebensende in der jeweiligen Einrichtung verbleiben zu können und diese nicht aus Alters- oder Pflegebedürftigkeitsgründen wechseln zu müssen. Das Erfordernis, in der Zukunft Seniorenbereiche mit speziellen Angeboten für ältere behinderte Menschen aufzubauen, sehen bisher erst knapp 10 v.H. der Einrichtungen.

7.19

Bei der Mehrzahl der Wohneinrichtungen und Heime in der Bundesrepublik (73 v.H.) handelt es sich um relativ kleine Einrichtungen mit weniger als 50 Bewohnerinnen und Bewohnern. Weitere 20 v.H. der Einrichtungen bieten Wohnmöglichkeiten für 50 bis 150 Bewohnerinnen und Bewohner, nur 5 v.H. 200 und mehr, darunter einige sehr große Einrichtungen mit mehr als 500 Bewohnerinnen und Bewohnern. In den neuen Bundesländern leben mehr behinderte Menschen in kleinen Einrichtungen; Großeinrichtungen gab es nur vereinzelt, vorwiegend in konfessioneller Trägerschaft, während der größte Teil der stationär versorgten behinderten Menschen in Altenheimen und Krankenhäusern fehlplaziert war und zum Teil noch ist. Nach 1990 wurde eine recht große Zahl neuer kleiner Einrichtungen gebaut, um möglichst schnell eine Verbesserung der Lebensbedingungen für behinderte Menschen in den neuen Bundesländern zu erreichen.

Obwohl die kleinen Einrichtungen im Bereich der Behindertenhilfe ihrer Zahl nach dominieren, lebt dort lediglich ein Viertel aller Bewohnerinnen und Bewohner; die Mehrzahl lebt in den wenigen sehr großen Heimen, vor allem geistig und mehrfach behinderte Menschen, darunter fast ein Viertel aller geistig behinderten Menschen in Einrichtungen mit über 300 und mehr Plätzen. Demgegenüber finden Menschen mit einer Körper- und Sinnesbehinderung oder einer seelischen Behinderung überwiegend in kleinen bis mittelgroßen Einrichtungen einen Wohnplatz.

Diese durchschnittlich schlechteren Bedingungen für Menschen mit geistigen oder Mehrfachbehinderungen hinsichtlich der Wohn- und Lebensqualität in stationären Einrichtungen sind nicht nur in bezug auf die Einrichtungsgröße zu beobachten, sondern auch in bezug auf die Verteilung von Ein- und Mehrbettzimmern oder die Gruppengröße. Knapp 70 v.H. aller Einrichtungen der Behindertenhilfe gliedern ihre Wohnbereiche in Gruppen zwischen drei und mehr als 16 Mitgliedern. In Einrichtungen für geistig behinderte Menschen werden häufig größere Wohngruppen gebildet; etwa 10 v.H. leben hier in einer Gruppe mit 16 und mehr Personen zusammen, in etwa 25 v.H. der Gruppen leben bis zu 15 Bewohnerinnen und Bewohner, in etwa 30 v.H. 8 bis 11 Bewohnerinnen und Bewohner. Demgegenüber leben im Bundesdurchschnitt aller Wohneinrichtungen in 35 v.H. der Gruppen maximal sieben Bewohner/innen zusammen, in über einem Drittel aller Gruppen zwischen acht und elf Menschen, und 26 v.H. aller Gruppen haben zwölf und mehr Bewohnerinnen und Bewohner. 30 v.H. aller Einrichtungen nehmen im Wohnbereich keine Gruppengliederung vor, vor allem kleine Einheiten.

7.20

Behinderteneinrichtungen bilden für die überwiegende Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner über viele Jahre den eigentlichen Lebensmittelpunkt; deshalb müssen Bedingungen geschaffen werden, die auch behinderten Menschen das Recht

auf Privatheit und Intimität gewährleisten. Auch Bewohner großer Einrichtungen müssen die Chance haben, ihr unmittelbares Lebensumfeld nach den eigenen Bedürfnissen zu gestalten und sich bei Bedarf zurückziehen. Handlungsspielräume im Heimalltag sind bei Bewohnern in Mehr-Bett-Zimmern sowie bei Bewohnern von Einrichtungen mit mehr als 150 Plätzen in der Regel geringer ausgeprägt. Ohne entsprechende strukturelle Voraussetzungen ist der Anspruch nach mehr Selbstbestimmung und Individualität nur schwer zu realisieren. Die Bereitstellung von Ein-Bett-Zimmern mit adäquater wohnlicher Ausstattung gehört deshalb zu den elementaren Qualitätsanforderungen für Wohneinrichtungen; hier besteht sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern erheblicher Handlungsbedarf.

Nur 41 v.H. der Bewohner von Behinderteneinrichtungen in den alten Bundesländern und etwa 22 v.H. in den neuen Bundesländern leben in einem Ein-Bett-Zimmer, in einem Zwei-Bett-Zimmer etwa 43 v.H. in den alten und knapp 47 v.H. in den neuen Bundesländern. Nahezu 16 v.H. aller Personen in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe müssen in Drei- und Mehrbettzimmern leben, im Osten knapp ein Drittel (31,4 v.H.), im Westen etwa 14 v.H., insgesamt knapp 22 000 Heimbewohner. Lediglich 38 v.H. der Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen steht ein Einzelzimmer zur Verfügung, während dies bei fast 60 v.H. der Bewohner mit psychischer oder Körperbehinderung der Fall ist; außerdem bilden geistig behinderte Menschen nahezu die einzige Gruppe, die noch in Vier- und Mehrbettzimmern wohnt. Auch in bezug auf die sanitäre Ausstattung und andere Merkmale ist festzustellen, daß es immer wieder Einrichtungen für Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung sind, die ungünstigere räumliche Ausstattungen und Standards aufweisen.

7.21

Angesichts des erreichten Entwicklungsstandes in Heimen und Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe ergeben sich folgende Schwerpunkte für eine weitere Verbesserung der Wohn- und Lebensqualität behinderter Menschen in Einrichtungen:

- Verstärkt sind kleinere, dezentrale, wohnortnahe Einrichtungen zu schaffen; dabei ist das Angebot an Ein-Bett-Zimmern insbesondere für Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen konsequent auszubauen.
- Angesichts erheblicher Ost-West-Unterschiede in der Wohnqualität aufgrund des zu geringen Platzangebots und des hohen Sanierungsbedarfs der Einrichtungen ist das Angebot an Einzelzimmern und eigenen Sanitärbereichen in den neuen Bundesländern deutlich zu erhöhen; ein einheitlicher Standard ist bundesweit anzustreben.
- Der Umgang mit geistig-seelischen Beeinträchtigungen von Bewohnerinnen und Bewohnern ist wesentlicher Bestandteil des Heimalltags und stellt besondere Anforderungen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Insbesondere müssen sich die Einrichtungen künftig auf den Bedarf und die

Bedürfnisse älterer behinderter Menschen einstellen. Diesem Umstand muß durch angemessene Aus- und Weiterbildungsangebote für die Mitarbeiter/innen Rechnung getragen werden.

79 v.H. aller Bewohnerinnen und Bewohner leben in Einrichtungen, die von Trägern der **Freien Wohlfahrtspflege** betrieben werden; deren Verbänden und Organisationen kommt daher eine wichtige Rolle bei der weiteren konzeptionellen und strukturellen Entwicklung der Wohneinrichtungen für behinderte Menschen zu. Öffentliche Träger versorgen demgegenüber lediglich 10 v.H., private 11 v.H. der Betroffenen. Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderungen werden fast ausschließlich (rund 84 v.H.) in Einrichtungen der gemeinnützigen Träger betreut; private Träger stellen vorwiegend Angebote für körperbehinderte Menschen. Von den etwa 117 000 Plätzen der freigemeinnützigen Träger werden vom Diakonischen Werk knapp 50 v.H. und dem Caritasverband rund 20 v.H. zur Verfügung gestellt; an dritter Position kommt die Lebenshilfe, die unter dem Dach des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands Plätze vor allem in kleineren Wohneinrichtungen bereithält.

7.22

Die Länder bemühen sich seit mehreren Jahren, durch übergreifende Planungen und Vereinbarungen systematisch das Angebot an differenzierten Wohnformen zu erweitern. Anfang 1993 hat **Mecklenburg-Vorpommern** – hier exemplarisch genannt – erste Empfehlungen für Wohnheime für Behinderte herausgegeben. Bis Mitte 1996 wurden entsprechend diesen Empfehlungen 70 Investitionsmaßnahmen von Bund und Land gefördert, wodurch 892 Plätze heutigen Anforderungen angepaßt wurden. In der Landesbauordnung sind umfangreiche Regelungen getroffen worden, die die Nutzung von baulichen Anlagen durch Behinderte erleichtern. Auch bei der Wohnungsbauförderung hat der Gesichtspunkt, daß behinderte Menschen aufgrund ihrer häufig eingeschränkten Mobilität stärker an die eigene Wohnung und das unmittelbare Wohnumfeld gebunden sind, Berücksichtigung gefunden.

Die Landeswohnungsbauprogramme sehen den gezielten Einsatz von zusätzlichen Landeshilfen für die Schaffung barrierefreier Wohnungen vor. Um im Rahmen der Förderung eigengenutzter Eigentumsmaßnahmen den besonderen Wohnbedürfnissen bewegungsbehinderter Familienangehöriger gerecht zu werden, stehen zusätzliche zinsgünstige Baudarlehen in Höhe von bis zu 15 000 DM je Wohnung für den baulich bedingten Mehraufwand bereit. Daneben kann auch die Schaffung der zweiten Wohnung im Eigenheim für behinderte Familienangehörige mit einem zinsgünstigen Baudarlehen in Höhe von 15 000 DM, höchstens in Höhe von 30 000 DM je Wohnung gefördert werden. Diese Wohnkonstellation erhält die Selbständigkeit der behinderten Angehörigen und gewährleistet gleichzeitig Hilfestellung und Betreuung.

Dem „Wohnen Behinderter“ wird bei der Förderung des Neubaus von Miet- und Genossenschaftswoh-

nungen Rechnung getragen. Zur Sicherung sozialverträglicher Mieten stehen Zusatzdarlehen in Höhe von bis zu 15 000 DM je Wohnung für die besonderen baulichen Maßnahmen, die durch Art und Grad der Behinderung bedingt sind, bereit.

Gegenstand der Förderung der Modernisierung und Instandsetzung von Wohnungen sind auch bauliche Maßnahmen, die den besonderen und nach Art der Behinderung erforderlichen Wohnanforderungen gerecht werden. Die Förderhöhe beläuft sich auf bis zu 8 000 DM je Wohnung. Damit wird nicht nur eine wesentliche Finanzierungshilfe geboten, gerade für Behinderte können auch beschwerliche Umzüge und das Verlassen des vertrauten Umfeldes vermieden werden.

7.23

In dem – exemplarisch dargestellten – Land **Brandenburg** werden zur Zeit 6 158 körperlich und geistig Behinderte, chronisch psychisch Kranke und suchtmittelabhängige Menschen in 135 stationären Einrichtungen betreut. Von den rund 5 700 geistig behinderten Menschen leben etwa 4 700 in Behinderteneinrichtungen, die anderen fehlplaziert in Landeskliniken oder Altenpflegeheimen. Darüber hinaus werden rund 1 500 Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in stationären Einrichtungen betreut. 14 Behinderteneinrichtungen im Land sind sogenannte „Großeinrichtungen“, in denen noch viele Menschen aller Altersgruppen mit unterschiedlichen Behinderungsarten zum Teil auf engstem Raum unter schlechten baulichen Bedingungen traditionell bedingt lebten und leben.

Zur Verbesserung der Lebens- und Betreuungsbedingungen dieser Menschen wurden Regionalkonferenzen mit Vertretern der Träger und der Regionen mit dem Ziel durchgeführt, die Einrichtungen zu entflechten und zu dezentralisieren sowie bedarfsgerechte, regional gleichmäßig verteilte Versorgungsstrukturen zu schaffen. Insbesondere ging es darum, differenzierte Wohnangebote entsprechend der Behinderungsart, dem Betreuungsbedarf und der Altersstruktur zu planen und die behinderten Menschen – entsprechend dem Normalisierungsprinzip – möglichst in die Wohngebiete zu integrieren. Aufgrund der Dringlichkeit, die Wohnqualität für Behinderte zu verbessern, und unter Berücksichtigung des Bedarfs wurden für das Land Brandenburg 3 240 stationäre Plätze für Wohnstätten geistig behinderter erwachsener Menschen und 300 stationäre Plätze für schwerstkörperbehinderte Menschen sowie 485 stationäre Plätze für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in die Landesplanung mit dem Ziel einer investiven Förderung aufgenommen.

Darüber hinaus sind für tagesstrukturierende Maßnahmen für schwerstbehinderte Menschen 500 Plätze in Förder- und Beschäftigungsbereichen vorgesehen. Bisher wurden rund 630 moderne Wohnplätze in 22 Wohnstätten für Behinderte errichtet und durch das Land finanziert. Für betreute Wohngemeinschaften werden außerdem 1 600 Plätze geplant. Seitens des Landes wurden zur Verbesserung der Wohnver-

hältnisse für Behinderte, insbesondere auch für betreutes Einzel- und Paarwohnen, von 1993 bis 1995 jährlich rund 350 Wohneinheiten alters- und behindertengerecht neu- oder umgebaut. Für 1996 standen Haushaltsmittel für 250 Wohnungseinheiten zur Verfügung, davon 50 Wohnungseinheiten für Wohngemeinschaften geistig behinderter Menschen und 20 Wohnungseinheiten für chronisch psychisch Kranke. Auch für 1997 stehen Haushaltsmittel für insgesamt 250 Wohnungseinheiten zur Verfügung.

7.24

Soweit Behinderte im Zusammenhang mit ihrer Wohnung **Betreuung und Pflege** benötigen, reicht das Angebot von stationären Wohnformen wie Komplexeinrichtungen mit integrierten Arbeits- und Beschäftigungsangeboten, 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:

- gruppengegliedertes Wohnen (unter anderem Wohnheime, Wohnstätten, Wohnhäuser); dabei sind kleine Einrichtungen mit maximal drei Gruppen mit nicht mehr als je sechs bis acht Bewohnern anzustreben und Betreuung rund um die Uhr zu gewährleisten.
- Gruppenwohnungen mit nicht mehr als sechs Bewohnern; die Betreuung erfolgt nach den Bedürfnissen der Bewohner, bei Bedarf rund um die Uhr.
- Einzel- und Paarwohnungen, die organisatorisch dem gruppengegliederten Wohnen angegliedert sind und in denen regelmäßig Betreuung stattfindet.
- Eltern-Kind-Wohnungen als sozialpädagogisch betreutes Wohnen, in denen Eltern mit geistiger Behinderung gemeinsam mit ihren Kindern leben.

Es handelt sich bei diesen unterschiedlichen Einrichtungsformen in der Regel um Einrichtungen der Behindertenhilfe, bei denen im Vordergrund des Einrichtungszwecks die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung und die Erziehung Behindertener stehen. Soweit in diesen Einrichtungen pflegebedürftige Behinderte im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch betreut werden, können derartige Einrichtungen nicht als Pflegeeinrichtungen zugelassen werden. Gleichwohl erhalten pflegebedürftige Behinderte auch in diesen Einrichtungen Leistungen der Pflegeversicherung, die sich pauschal in Höhe von 10 v.H. des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 500 DM monatlich, an den Heimkosten beteiligt; dadurch wird gewährleistet, daß die ganzheitlichen Betreuungskonzepte, nach denen Behinderte betreut werden, nicht durch formale Aufteilungen – etwa in Pflegebereich und Behindertenbereich – ausgehöhlt werden.

7.25

Verbände und Träger bemühen sich verstärkt um den Ausbau differenzierter Angebote. Allerdings dürften die in den vergangenen Jahren neu geschaffenen Plätze in Wohngruppen und Wohnheimen vor allem von bisher familiär versorgten Behinderten belegt worden sein; dies liegt nahe angesichts der Altersstruktur vieler pflegender Eltern und Angehöriger. In welchem Umfang es bisher gelungen ist, aus Anstalten und Heimen in offene Wohnformen wie betreute Wohngemeinschaften oder Außenwohngruppen zu wechseln, ist nicht bekannt; allerdings sehen Bundesländer, Wohlfahrtsverbände und Einrichtungen die Lösung dieses Problems als besonders dringend an. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt diesen Reintegrationsprozeß durch Förderung verschiedener Modellmaßnahmen.

Zum Beispiel wird an einer großen stationären Einrichtung außerhalb der Stadt und ihrer sozialen Infrastruktur ein umfassendes Konzept zur Ausgliederung der Bewohnerinnen in gemeinwesenintegrierte Wohnformen erarbeitet, die den Bedürfnissen und Fähigkeiten der zum Teil stark hospitalisierten Frauen entsprechen und ihnen mehr Raum für eine selbständige Lebensführung geben sollen. Die einzelnen Schritte in diesem Prozeß werden gemeinsam mit den Bewohnerinnen und mit den betreuenden Fachkräften entwickelt. Die Umsetzung in die Praxis wird wissenschaftlich begleitet. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei sowohl den auftretenden Problemen in den einzelnen Phasen der Umsetzung als auch den Auswirkungen des Veränderungsprozesses auf alle Beteiligten.

Wohnkonzepte für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung sind Gegenstand eines Modellprojektes in Berlin. Dabei geht es um die Einrichtung von Wohnmöglichkeiten nach unterschiedlichen Varianten, die auch dieser Zielgruppe ein Leben so normal wie möglich sichern sollen. Alltägliche Situationen des Zusammenlebens in einem normalen Wohnumfeld können so für behinderte ebenso wie für nichtbehinderte Bewohnerinnen und Bewohner eines Stadtteils zunehmend selbstverständlich werden. Das besondere Interesse gilt der Entwicklung im Wohnalltag, dem Einleben in die Nachbarschaft, der Ablösung vom Elternhaus, der Bewältigung von Krisensituationen und der Qualifizierung des Personals. Die Ergebnisse des Projektes sollen zukünftigen Planungen für stadtteilintegrierte Wohn- und Lebensformen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung zugutekommen.

Die Weiterführung des Reintegrations-Konzeptes wird in den kommenden Jahren noch schwieriger, wenn die Nachfrage nach Wohnmöglichkeiten für behinderte Menschen steigen wird, weil die Betreuung in der Familie aus Altersgründen nicht mehr geleistet werden kann oder bei Erwachsenen der Wunsch nach Ablösung aus dem Elternhaus besteht. Daher müssen neue Wohnkonzepte auch für schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen außerhalb großer zentraler Einrichtungen entwickelt werden, insbesondere auch für Menschen mit komplexem und ausgeprägtem Hilfebedarf und den dafür

erforderlichen personellen (Personalschlüssel, Qualifikation der Mitarbeiter) und sachlich-räumlichen Voraussetzungen. Bereits heute sind private Unterstützungssysteme vielfach mit der Betreuung dieses Personenkreises überfordert; oftmals werden Angehörige mit der Situation alleingelassen, ohne daß sie auf entsprechende Hilfen zurückgreifen können. Die genannte bundesweite Studie von 1995 hat unter anderem ergeben, daß Behinderteneinrichtungen Aufnahmeanträgen insbesondere von Menschen mit einem ausgeprägten Hilfebedarf nicht entsprechen können; knapp die Hälfte aller Heime kann Aufnahmeanträgen von Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten oder zusätzlich psychischen Problemen (Suchtverhalten, Eigen- oder Fremdgefährdung) nicht entsprechen, und mehr als ein Drittel der Einrichtungen sieht keine Möglichkeit, Menschen mit einem umfassenden pflegerischen oder therapeutischen Betreuungsbedarf aufzunehmen. Das bedeutet, daß vor allem schwerstbehinderten Menschen als Alternative zur familiären Betreuung bisher vielfach nur das Pflegeheim oder die psychiatrische Einrichtung bleibt.

7.26

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

- bei der Finanzierung aufgrund ungeklärter Zuständigkeitsfragen zwischen überörtlichen und örtlichen Leistungsträgern,
- durch die daraus folgenden Einschränkungen und Auflagen bei der inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung,
- durch die oft integrationshemmenden Gegebenheiten der sozialen Umwelt,
- durch mangelnde 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.

8. Behindertengerechter Verkehr**8.1**

Die vielfältigen Bemühungen um Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen werden durch eine Verkehrspolitik unterstützt, die ihnen eine möglichst umfassende Teilnahme am öffentlichen und am Individualverkehr ermöglicht. Das Benachteiligungsverbot in Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes gebietet in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip für den Verkehr generell,

- die gesetzlichen Bestimmungen und sonstigen Vorschriften so anzuwenden, daß Benachteiligungseffekte vermieden werden,
- im Rahmen von Verhältnismäßigkeitsprüfungen die verkehrlichen Anlagen, die Fahrzeuge und die Verkehrsorganisation behindertengerecht auszugestalten und damit faktische Zugangs- und Teilnahmebeeinträchtigungen abzubauen.

Bei den 6,6 Mio Schwerbehinderten am Jahresende 1996 weisen die auf den Ausweisen angegebenen Merkzeichen auf Mobilitätsdefizite hin:

Merkzeichen	Zahl	v.H. der Ausweisinhaber
„G“ (gehbehindert)	3 391 015	51,5
„aG“ (außergewöhnlich gehbehindert)	576 937	8,8
„B“ (ständige Begleitung notwendig)	1 499 813	22,8
„H“ (hilflos)	793 014	12,0
„Bl“ (blind)	98 236	1,5

Neben diesen Schwerbehinderten sind aber auch ältere Menschen, kleine Kinder, werdende Mütter, Personen mit vorübergehenden Unfallfolgen oder nachoperativen Beeinträchtigungen sowie Personen mit Kinderwagen oder schwerem Gepäck in ihrer Mobilität eingeschränkt. Untersuchungen (zum Beispiel in München, Nürnberg, Düsseldorf und Bremen) zeigen, daß in den alten Bundesländern mit einem Anteil von 20 v.H. Mobilitätseingeschränkten an der Bevölkerung zu rechnen ist; in den neuen Bundesländern wird dieser Anteil sogar auf bis zu 35 v.H. hochgerechnet. Aufgrund der demographischen Entwicklung muß in den nächsten Jahren mit einem Anstieg des Anteils der mobilitätseingeschränkten Menschen gerechnet werden.

8.2

Das Bundesministerium für Verkehr orientiert sich bei seiner Arbeit zugunsten Behinderter und anderer Mobilitätseingeschränkter am Leitbild geschlossener Transportketten, die in der Wohnung und im Wohnumfeld beginnen und über die Nutzung miteinander verbundener Verkehrsmittel bis zum Ziel reichen. Es geht davon aus, daß Bürgerfreundlichkeit und Behindertengerechtigkeit nicht voneinander zu trennen sind, weil Maßnahmen zugunsten Behinderter in der Regel den Nutzungskomfort und die Attraktivität der Verkehre auch für Nichtbehinderte steigern. Optimierungen zugunsten einzelner Behindertengruppen werden nicht angestrebt.

Die grundsätzliche Haltung und Maßnahmen zugunsten Mobilitätsbehinderter und -eingeschränkter sind wesentlich bestimmt durch

- die Entschließung des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1994 „Urlaubs- und Freizeitmöglichkeiten für behinderte Menschen“ (Bundestags-Drucksache 12/7993),

- die Antworten der Bundesregierung auf die Große Anfrage „Arbeitswelt und Behindertenpolitik“ (Bundestags-Drucksache 13/2441) und die Kleine Anfrage „Beseitigung rechtlicher und sicherheitstechnischer Diskriminierungen für Rollstuhlbenutzerinnen und -benutzer sowie Menschen mit anderen Behinderungen“ (Bundestags-Drucksache 13/7782),
- die Aktivitäten, die sich aus dem Entwurf der Europäischen Kommission „Einordnung der zugänglichen Verkehrsdienste nach ihrer Priorität“ vom 10. Oktober 1994 für ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft ergeben,
- die Entschließung des Rates der Europäischen Union zur „Chancengleichheit für Behinderte“ vom 20. Dezember 1996,
- die „Deklaration über schwächere Verkehrsteilnehmer“ und die „Zusammengefaßte Resolution über Personen mit Mobilitätsbehinderungen“ des Ministerrates der Europäischen Verkehrsministerkonferenz (CEMT) vom 21. und 22. April 1997.

8.3

Das Bundesministerium für Verkehr arbeitet seit langem mit den Behindertenverbänden partnerschaftlich zusammen. Einen besonderen Rang nimmt dabei die Arbeitsgruppe „**Behindertengerechte Umweltgestaltung**“ (früher „Behindertengerechter öffentlicher Verkehr“) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ein, in der die mitgliederstärksten Behindertenorganisationen vertreten sind. Als ständige Gäste sind ein Vertreter des Bundesministeriums für Verkehr sowie ein Vertreter des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten an den Beratungen beteiligt, die sowohl auf Einzelprobleme – zum Beispiel Bahnsteighöhen im Eisenbahnverkehr – als auch auf grundsätzliche Stellungnahmen zu Entwicklungen – wie zum Beispiel zum Transrapid und zur Magnetschwebbahn-Bau- und Betriebs-Ordnung – gerichtet sind.

Das Gremium bietet die Möglichkeit, Aktivitäten auf die Zuständigkeiten zu kanalisieren und mit den internationalen Entwicklungen, zum Beispiel in Gremien der Europäischen Union und der Europäischen Verkehrsministerkonferenz, zu verbinden. Ein Vertreter der Arbeitsgruppe ist beispielsweise aufgrund der Benennung durch das Bundesverkehrsministerium sowohl im Beraterkreis des COST-Projekts 322 „Niederflurbusse“ tätig geworden als auch als Konsulent in das COST-Projekt 335 „Zugänglichkeit von Schienenverkehrsmitteln“ eingebunden.

Die Arbeitsgruppe bietet auch Gelegenheit, Forderungen im Hinblick auf Umsetzungsmöglichkeiten zu diskutieren. Beispielsweise ist etwa die Forderung nachvollziehbar, alle Verkehrsmittel uneingeschränkt für Rollstuhlfahrer auszuliegen; aufgrund der Sicherheitsproblematik und der wirtschaftlichen Konsequenzen für die Verkehrsbetriebe wird aber eine solche Forderung als unrealistisch und auch unverhältnismäßig im Hinblick auf die Bedürfnisse anderer behinderter und nichtbehinderter Fahrgäste angesehen.

8.4

Der föderative Aufbau der Bundesrepublik Deutschland spiegelt sich in der Zuständigkeitszuordnung auch im Verkehrsbereich:

- Nur bei Bundesfernstraßen ist der Bund Eigentümer und Baulastträger; Bau und Verwaltung dieser Straßen obliegen den Ländern, die die Einwirkungsrechte des Bundes und die einschlägigen Gesetze und Vorschriften zu beachten haben.
- Die im Eigentum des Bundes stehenden Bundeswasserstraßen werden von ihm verwaltet; er nimmt die staatlichen Aufgaben der Binnen- und der Seeschifffahrt wahr, soweit sie ihm durch Gesetz übertragen sind.
- Die Hafeneinrichtungen und Binnen- und Seeschifffahrtsunternehmen sind privatrechtlich strukturiert und geführt; sie sind an nationale und internationale Rechtsetzungen, Abkommen und Vereinbarungen gebunden und für deren Einhaltung verantwortlich. Der Bund hat insoweit keine direkten Einwirkungsmöglichkeiten.
- Für den Luftverkehr hat der Bund die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz; die Luftverkehrsverwaltung wird bundeseigen geführt. In Gesetzen und Verordnungen sowie internationalen Abkommen und Vereinbarungen sind die Bedingungen für die Anlagen und den Betrieb des Luftverkehrs geregelt. Sowohl die Flughäfen als auch die Luftverkehrsunternehmen sind privatrechtlich organisiert und für die Einhaltung nationaler und internationaler Rechts-, Abkommens- und Vereinbarungsvorschriften alleinverantwortlich; der Bund hat keine unmittelbaren Einwirkungsmöglichkeiten.
- Der öffentliche Personennahverkehr sowie die regionale und örtliche Verkehrsgestaltung sind prinzipiell in die Hände der Bundesländer und der regionalen Gebietskörperschaften (Landkreise, Städte, Gemeinden) gegeben; über die einzelne Verkehre betreffenden Bundesgesetze und Verordnungen hat der Bund nur noch begrenzten Einfluß. Behindertenklauseln sind zum Beispiel in der Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung, in der Verordnung über den Bau und Betrieb der Straßenbahnen und im Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz enthalten; es ist – auch im Zusammenhang mit den Behindertenklauseln der Nahverkehrsgesetze der Länder – allein Sache der regionalen und örtlichen Verkehrs- und Baulastträger, für die behindertengerechte Ausgestaltung der Verkehrsbauten, der Verkehrsmittel und des Verkehrsangebotes im öffentlichen Personennahverkehr zu sorgen.
- Durch die Strukturreform bei den Bundeseisenbahnen und die Umwandlung in eine Aktiengesellschaft (Deutsche Bahn AG) sind auch die unmittelbaren Einflußmöglichkeiten des Bundes auf den Fernverkehr mit Eisenbahnen begrenzt. Es liegt in der ausschließlichen Verantwortung der Deutsche Bahn AG, dafür zu sorgen, daß die zugunsten von Behinderten und Mobilitätseingeschränkten geltenden Normen und sonstigen Bestimmungen bei der Beschaffung von Verkehrsmitteln, bei bauli-

chen Anlagen und bei der Organisation des Verkehrsbetriebs eingehalten werden.

- In der Magnetschwebbahn-Verordnung ist eine Behindertenklausel enthalten. Die sich daraus ergebenden Verpflichtungen haben die entsprechenden Gesellschaften wahrzunehmen.

8.5

In der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung ist eine Reihe von **Parkerleichterungen** für außergewöhnlich Gehbehinderte und Blinde festgeschrieben. Dem immer wieder vorgetragenen Begehren, den Kreis der Berechtigten auszuweiten, kann nicht entsprochen werden, weil sonst bei der begrenzten Zahl von Behindertenparkplätzen unlösbare Konflikte zwischen den Schwerbehindertengruppen aufträten. Nur mit der Begrenzung kann den außergewöhnlich Gehbehinderten und Blinden die Sonderparkmöglichkeit gewährleistet werden.

Aufgrund einer Vereinbarung der Europäischen Verkehrsministerkonferenz werden die Parkausweise für Schwerbehinderte in der Mehrzahl der Mitgliedsstaaten gegenseitig anerkannt; es können die jeweils geltenden nationalen Parkerleichterungen genutzt werden. Die Europäische Union berät derzeit Vorschläge für einen europaeinheitlichen Ausweis mit dem Ziel, die gegenseitige Anerkennung zu erleichtern.

8.6

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 Hilflose, 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.

Die Absicht der Bundesregierung, die Kosten für die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im Schienenpersonennahverkehr und durch regionale Omnibusgesellschaften der Deutsche Bahn AG vom Bund auf die Länder zu verlagern, konnte nicht verwirklicht werden. Eine entsprechende Gesetzesänderung haben die Länder abgelehnt, obwohl die Zuständigkeit für den öffentlichen Personennahverkehr entsprechend dem Regionalisierungsgesetz seit 1996 vollständig auf die Länder übergegangen ist. Die Bundesregierung begründet mit dieser eindeutigen Zuordnung ihre Auffassung, daß insoweit auch die mit der unentgeltlichen Beförderung Schwerbehinderter und ihrer notwendigen Begleitpersonen ver-

bundenen finanziellen Lasten von den Ländern getragen werden müßten.

8.7

Die enge Zusammenarbeit von Baulastträgern und Verkehrsunternehmen im öffentlichen Personennahverkehr hat vor allem in den Städten dazu geführt, daß die behindertengerechte und bürgerfreundliche Niederflurtechnik bei Bussen und Straßenbahnen mehr und mehr das Erscheinungsbild der Nahverkehrsangebote prägt. Aber auch im Regionalverkehr werden neuerdings eigens entwickelte Niederflurbusse eingesetzt. Der fahrgastfreundliche Effekt dieser Technologie – weitgehende Barrierefreiheit beim Ein- und Ausstieg sowie bei der Stellplatzanordnung für Rollstühle und der Sitzplatzgestaltung – wird aber nur dann voll wirksam, wenn auch die Haltestellen systemkonform gebaut bzw. umgebaut werden. Darum bemühen sich die Baulastträger im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten konsequent.

In zunehmendem Umfang setzen Taxen- und Mietwagenunternehmen Fahrzeuge ein, die für die Beförderung behinderter Fahrgäste geeignet sind. In Berlin wurde von Ende 1993 bis Anfang 1995 im Rahmen des Projektes „Taxi für alle“ ein für die Beförderung von Rollstuhlfahrern umgerüsteter Kleinbus erprobt, mit dem sowohl im Rollstuhl sitzende als auch nicht-behinderte Fahrgäste befördert werden können. Gegenwärtig werden die Versuchsergebnisse im Herstellerwerk ausgewertet.

8.8

Durch das Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz und das Regionalisierungsgesetz ist die Finanzierung des öffentlichen Personennahverkehrs auch mit Finanzmitteln aus dem Bundeshaushalt abgesichert. Behindertenklauseln im Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz und in den Nahverkehrsgesetzen der Länder verpflichten die Verkehrs- und Baulastträger, die Belange behinderter und mobilitätseingeschränkter Fahrgäste zu berücksichtigen; dabei bestimmen die jeweiligen regionalen oder örtlichen Bedingungen die baulichen und fahrzeugtechnischen Maßnahmen. Die regionale und örtliche Entscheidungszuständigkeit ermöglicht den Behinderten und ihren Verbänden, durch Zusammenarbeit mit den entsprechenden Gremien wirkungsvolle Lösungen voranzutreiben.

8.9

Die Mitgliedsunternehmen im Verband Deutscher Verkehrsbetriebe, die ihre Verkehrsleistungen in den meisten Städten und Regionen der Bundesrepublik Deutschland erbringen, bestellen über 80 v.H. aller Linienbusse in Niederflurbauweise (zumeist mit seitlicher Absenkmöglichkeit und mit ausfahrbarer Rampe oder Hublift) und alle Straßenbahnen, die nicht an Hochbahnsteigen halten, in dieser **behindertengerechten Technologie**. Bei neuentwickelten Fahrzeugtypen handelt es sich fast ausschließlich um Fahrzeuge mit einem Niederfluranteil zwischen 60 und 100 v.H. Auch bei Fahrzeugen mit nur 60 v.H. Niederfluranteil befinden sich in der Regel alle Türen im niederflurigen Bereich. Straßenbahnwagen in

Niederflurbauart gibt es bereits in rund der Hälfte der Städte mit Straßenbahnbetrieb.

Die Niederflurfahrzeuge in Berlin sind (erstmalig für Straßenbahnen) mit einem Hublift an der vorderen Tür ausgerüstet. Erprobt wird derzeit ein niederfluriger Gelenktriebwagen mit seitlicher Absenkmöglichkeit des vorderen Einstiegs. Einige Verkehrsunternehmen (unter anderem in Nürnberg, Mülheim und Cottbus) rüsten vorhandene Fahrzeuge mit einem Niederflur-Mittelteil nach, womit ein Niederfluranteil von 15 – 30 v.H. erreicht wird und pro Fahrzeug wenigstens durch eine Tür im Niederflurbereich ein- und ausgestiegen werden kann. Vorbereitet wird der Neubau von niederflurigen Straßenbahnwagen für Berlin, die an nicht umrüstbare Triebfahrzeuge angehängt werden sollen, wodurch das Niederflurangebot schneller auf weitere Linien ausgedehnt werden kann.

Die Baulastträger richten ihre umfänglichen Um- und Neubaumaßnahmen auf die Systemeinheit von Niederflurfahrzeugen und Haltestellen. Sie tragen so dazu bei, das behindertengerechte bürgerfreundliche Nahverkehrsangebot voll wirksam zu machen und kontinuierlich auszuweiten. Ein flächendeckendes behindertengerechtes Nahverkehrsangebot kann aber nicht kurzfristig verwirklicht werden, weil die für die Fahrzeugbeschaffung und die Infrastruktureinrichtungen benötigten Finanzmittel begrenzt sind.

8.10

Die im Fernverkehr der Deutschen Bahn AG eingesetzten ICE-Züge der ersten Generation haben jeweils einen behindertengerechten und für Rollstuhlfahrer geeigneten Wagen. Bei diesen Wagen sind der Einstieg, die Zwischentür und der Gang bis zu den Rollstuhlplätzen breit genug, so daß auch Behinderte mit einem der ISO-Norm entsprechenden Elektrorollstuhl (bis zu 70 cm breit) problemlos den Stellplatz, die Toilette, das Konferenzabteil und das Zugtelefon erreichen können. Bei den ICE-Zügen der zweiten Generation wird, wenn die noch fehlenden Service-Wagen mit Zugrestaurant und Rollstuhlplätzen ausgeliefert sind, ebenfalls eine behindertengerechte Ausrüstung vorhanden sein. Bei den EC-/IC-Zügen sind derzeit 75 v.H. mit je einem behindertengerechten Wagen versehen. In fast allen IR-Zügen steht ein Rollstuhlstellplatz zur Verfügung. Auch hier sind der Einstieg, die Zwischentür und der Gang ausreichend breit; das WC ist behindertengerecht und rollstuhlgängig. Sobald ebenfalls rollstuhlgerecht eingerichtete Wendezug-Steuerwagen für IC-Züge in den Eisenbahnverkehr eingegliedert sind, werden fast alle IC-Züge rollstuhlgerecht sein.

Der InterCity-Night hat einen Platz für einen Rollstuhlfahrer und ein behindertengerechtes, rollstuhlgängiges WC. Im Schienenpersonennahverkehr sind alle Züge, die neue oder neubauartig umgebaute Wagen führen, mit einem Mehrzweckabteil ausgestattet, in dem Rollstuhlfahrer reisen können. Dies betrifft zum Beispiel alle Triebzüge und den größten Teil der lokbespannten Züge, die im Wendezugbetrieb fahren.

8.11

Noch nicht abschließend gelöst ist das Problem der **Einstiegshilfen**. Einige Behindertenverbände erwarten nur von fahrzeuggebundenen Lösungen auf Dauer befriedigende Ergebnisse. Der Deutsche Bahn AG wurde aber bisher kein System angeboten, das den Sicherheitsanforderungen entspricht und gleichzeitig universell einsetzbar ist, also auch bei vorhandenen Fahrzeugen nachgerüstet werden kann; daher hält sie im Interesse einer kurzfristig realisierbaren Lösung bisher schon auf rund 220 Bahnhöfen 480 mobile, bahnsteiggebundene Einstiegshilfen für Rollstuhlfahrer bereit.

Bei der Fahrzeugentwicklung arbeitet die Deutsche Bahn AG an der Konstruktion einer eigenen fahrzeuggebundenen Einstiegshilfe, wobei sie eng mit den benachbarten Bahnen zusammenwirkt und die Ergebnisse der dort durchgeführten Versuche auswertet. Die Bemühungen haben bereits im Schienenpersonennahverkehr zu 60 Doppelstock-Steuerwagen mit fahrzeuggebundener Einstiegshilfe geführt; weitere 50 Einheiten dieser Fahrzeugart werden in den nächsten 2 Jahren ausgeliefert. Alle neuen S-Bahn-Züge und Regionaltriebwagen sollen ebenfalls eine solche Einstiegshilfe erhalten. Aus Sicherheitsgründen kann sie nur vom Bahnpersonal bedient werden.

8.12

Verbesserungsbedürftig sind weiterhin viele **Zugänge zu den Bahnsteigen**. Bei Neubauten und vergleichbaren Umbauten von Bahnhofsanlagen werden die Belange der Behinderten von vornherein berücksichtigt. Ein verbesserter Zugang wird durch den Einbau von Rampen und Aufzügen erreicht, wobei Aufzüge gegenüber Rolltreppen vorgezogen werden. Durch die Erhöhung der Bahnsteige auf eine Höhe von 76 cm über Schienenoberkante können fast niveaugleiche Einstiegsverhältnisse an allen im Fern- und Nahverkehr vorkommenden Eisenbahnfahrzeugen erzielt werden. Im Gesamtnetz der Deutschen Bahn AG gibt es noch unterschiedliche Bahnsteighöhen, die zusammen mit Schienenfahrzeugen mit unterschiedlichen Einstiegs- und Fußbodenhöhen mobilitätsbehinderten Menschen das Reisen erschweren. Langfristig wird angestrebt, über eine einheitliche Bahnsteighöhe und den Einsatz von Fahrzeugen mit entsprechender Einstiegs- und Fußbodenhöhe eine optimierte Einstiegsituation für alle Fahrgäste, insbesondere auch für Mobilitätsbehinderte zu schaffen. Unterstützend wirkt der Beschluß der Verkehrsministerkonferenz vom März 1996, der die Regelbahnsteighöhe von 76 cm bekräftigt und nur vorübergehend Ausnahmeregelungen zuläßt, wenn nur so auf begrenzten Strecken ein niveaugleicher Einstieg gewährleistet werden kann. Die Deutsche Bahn AG strebt an, mit Nahverkehrsfahrzeugen, die eine Fußbodenhöhe von 80 cm über Schienenoberkante haben, einen auch für Rollstuhlfahrer problemlosen Einstieg zu realisieren.

8.13

Die **Ausrüstung der S-Bahn-Stationen** mit behindertengerechten Zugängen geht kontinuierlich weiter. Von den rund 1 282 Bahnsteigen der S-Bahn-Stationen

sind bereits 524 stufenlos über Rampen oder Aufzüge erreichbar. Bis Ende 1998 sollen etwa 120 weitere behindertengerechte S-Bahn-Bahnsteige hinzukommen. Alle S-Bahn-Stationen, bei denen eine Nachrüstung möglich ist, werden über eine mittlere Frist hinweg mit behindertengerechten Zugängen ausgestattet.

Für die neu entstehenden S-Bahn-Netze der Deutschen Bahn AG (Rhein-Neckar, Hannover, Halle-Leipzig, Dresden) wurde ein Niederflur-Nahverkehrsfahrzeug entwickelt, das eine Fußbodenhöhe von 80 cm aufweist. Mit ihm wird es möglich, von einem 76 cm hohen Standardbahnsteig aus ohne Schwierigkeit ein- und auszusteigen. Die ersten Fahrzeuge werden voraussichtlich Ende 1997 bei der S-Bahn Hannover eingesetzt.

Zum hannoverschen Ausbauprogramm wurde im Dezember 1994 eine Zusatzvereinbarung abgeschlossen, die auf die behindertengerechte Auslegung des Gesamtsystems gerichtet ist. Alle neu- und umgebauten Stationen werden zusammen mit den Triebwagenzügen der Baureihe ET 424 zu einem behindertengerechten Nahverkehrssystem führen.

8.14

Die Entwicklung in **Hamburg** ist ein gutes Beispiel für kontinuierliche Fortschritte im U-Bahn/S-Bahn-Bereich; seit 1990 werden dort im Zuge des Senatsprogramms für den behindertenfreundlichen Ausbau alle Maßnahmen gebündelt, die behinderten Fahrgästen die Nutzung der schienengebundenen Verkehrsmittel ermöglichen oder erleichtern. Besonders sind dies Maßnahmen

- zur Verbesserung der Fahrgastübergänge zwischen nicht niveaugleichen Bahnsteigebenen und
- zur Orientierung in den Verkehrsanlagen sowie zur Erleichterung beim Ein- und Aussteigen in die und aus den eingesetzten Verkehrsmitteln.

Ziel ist es dabei, die baulichen Anlagen und Zugänge so zu gestalten, daß sie barrierefrei nutzbar sind, Behinderte also von fremder Hilfe weitgehend unabhängig werden. Das gilt vor allem für

- Rollstuhlbenuer,er,
- Blinde und Sehbehinderte,
- Gehörlose und Hörgeschädigte,
- Gehbehinderte,
- Menschen mit anderen Behinderungen sowie Ältere,
- Kinder und Kleinwüchsige.

Das Programm umfaßt U- und S-Bahn-Haltestellen. Die Ausbaustandards des Senatsprogramms sind orientiert auf

- Haltestellen an Bedarfsschwerpunkten, die mit Aufzügen ausgerüstet werden,
- den vorrangigen Einbau von Aufzügen gegenüber Fahrtreppen,
- Leiteinrichtungen für Sehbehinderte und Blinde,

- Anpassungsmaßnahmen, die besonders kleinwüchsigen Fahrgästen bei der Benutzung von U-Bahnen helfen.

8.15

Während neue **U-Bahnstrecken** in Hamburg durchgängig behindertengerecht geplant werden, müssen bei den bestehenden U-Bahnstrecken sich noch bietende Möglichkeiten genutzt werden, um etwa mit dem nachträglichen Einbau von Aufzügen eine durchgehende Verbindung von der Straßen- zur Bahnsteigebene zu erreichen. Wo aber eine durchgehende Aufzugsverbindung nicht möglich ist, müssen die Aufzugsschächte in einem Zwischengeschloß unterbrochen werden.

Der Einbau von Aufzügen bringt für alle gehbehinderten Fahrgäste einen Mobilitätsvorteil. Er wird weiter verbessert durch die Optimierung der Einstiegsverhältnisse. Weil die Wagenfußböden in Hamburg nicht unter 103 cm über Schienenoberkante liegen, ist es erforderlich, die Bahnsteigebenen anzuheben. Auch die Spaltbreiten zwischen Bahnsteigkanten und Fahrzeugen können bei neu zu bauenden oder behindertenfreundlich herzurichtenden Bahnsteigen mit geradem Gleis auf fast 9 cm reduziert werden.

Für Sehbehinderte und Blinde werden zur leichteren Orientierung mit dem Langstock ertastbare Leitstreifen von etwa 50 cm Breite verlegt, die aus Bodenplatten mit Längsrillen (wellenförmiger Querschnitt) bestehen. Die Handläufe an Treppen werden zur Unterstützung von Kleinwüchsigen und Kindern zusätzlich mit einem zweiten, 25 cm niedrigeren Handlauf versehen. An Informationsmasten der Haltestellenzugänge werden entsprechende Hinweise auf barrierefreie Zugangsmöglichkeiten gegeben. Die Sperren zum fahrkartenpflichtigen Bereich entfallen, die Abgrenzungen werden anderweitig kenntlich gemacht. Ausstattungselemente in den Bahnhöfen und auf den Bahnsteigen werden optisch kontrastiert, die Schriftzeichen werden in Größe und Art gut sichtbar und blendfrei ausgeführt.

8.16

Um möglichst allen mobilitätseingeschränkten Personen eine selbständige Teilnahme an den Verkehrsangeboten zu ermöglichen, hat **Berlin** 1992 ein Leitlinienprogramm entwickelt, das den Ausbau Berlins als behindertengerechte Stadt vorsieht. 1996 wurde ein Zwischenbericht über die Umsetzung dieser Leitlinien abgegeben, der erhebliche Fortschritte dokumentiert:

- behindertengerecht sind zum Beispiel 23 v.H. der U-Bahnhöfe und 50 v.H. der S-Bahnhöfe; von den insgesamt 1 646 in Berlin eingesetzten Bussen sind 627 Busse (38 v.H.) behindertengerecht und 369 Busse (22 v.H.) behindertenfreundlich;
- die Anzahl der ganzjährig geöffneten WC-Anlagen hat sich seit 1992 von 34 auf 91 erhöht, wobei jede neu errichtete Toilettenanlage behindertengerecht ist;

- erstmals konnten behindertengerechte Lösungen in größerem Umfang zu Gunsten von Blinden und Sehbehinderten erzielt werden, insbesondere bei der Gestaltung von Bahnhöfen, Haltestellen und Straßenkreuzungen.

8.17

Viele kundenorientierte Hilfen und Dienstleistungen der Bahnen erleichtern gerade auch behinderten und älteren Fahrgästen das Reisen (zum Beispiel Service-Teams in Bahnhöfen, Gepäckträgerdienst, Handgepäckförderbänder, Haus-Haus-Gepäckservice, Parkplätze an Bahnhöfen). Mit der Broschüre „**Informationen für behinderte Reisende**“ stellt die Deutsche Bahn AG seit Jahren älteren und behinderten Reisenden eine umfassende Informationsschrift für die Nutzung ihres Angebots sowie für die Planung und Durchführung von Reisen unentgeltlich zur Verfügung.

Die Broschüre informiert auch über Nachteilsausgleiche, die Behinderte in Anspruch nehmen können, enthält für rund 600 Bahnhöfe unter anderem Angaben über mögliche Betreuung, hindernisfreie Bahnsteigzugänge, behindertengerechte Einrichtungen und nennt die Ansprechstellen. Eine Neuauflage dieser Broschüre ist im Januar 1997 erschienen.

8.18

Die Flughäfen sind – auch nach dem Urteil von Behinderten – zweckmäßig mit behindertengerechten Einrichtungen ausgestattet. Durchweg sind Behindertenparkplätze in günstiger Lage, Absenkungen, Rampen und Lifte, Toiletten und Telefone für Behinderte und Mobilitätseingeschränkte vorhanden. Auf Anforderung der Fluggesellschaften wird durch die Flughäfen ein zusätzlicher Betreuungsservice geboten, der betreuten Übergang vom individuellen oder öffentlichen Verkehrsmittel bis in das Flugzeug hinein umfaßt.

Auf dem Flughafen Frankfurt unterhält die Deutsche Lufthansa für die von ihr abgefertigten Passagiere eine größere Betreuungseinheit für behinderte Fluggäste, für die auch eine geräumige und mit allen notwendigen Einrichtungen ausgestattete Lounge zur Verfügung steht.

8.19

Auch für Luftfahrzeuge wurden wichtige Verbesserungen erreicht, zum Beispiel durch den Einsatz besonderer Rollstühle, durch spezielle Sitzplätze mit hochklappbaren Armlehnen und durch zusätzliche Haltegriffe in den Toiletten. Geräumige, behindertengerechte Toiletten sowie mitgeführte Bordrollstühle gehören bei Langstreckenflugzeugen der neuen Generation schon zur Standardausrüstung, so bei den Großraumflugzeugen Airbus A 340 und Boeing 747 der Lufthansa.

Die Deutsche Lufthansa befördert im Inlandsverkehr seit 1979 die notwendigen Begleitpersonen von Behinderten unentgeltlich. Darüber hinaus ermäßigt sie den Flugpreis um 30 v.H. für Schwerkriegsbeschä-

digte, Schwerwehrdienstbeschädigte der Bundeswehr und schwerbeschädigte rassistisch oder politisch Verfolgte, soweit die Schwerbeschädigung vor dem Oktober 1979 eingetreten ist. Regionale Luftverkehrsgesellschaften, die auf Strecken im innerdeutschen Linienflugverkehr fliegen, haben sich dazu bereit erklärt, Schwerbehinderten die Vergünstigungen einzuräumen, die derzeit von der Lufthansa gewährt werden.

Die Deutsche Lufthansa und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Verkehrsflughäfen geben für behinderte Fluggäste regelmäßig Informationen und Empfehlungen für die Planung und Durchführung von Flugreisen heraus. Anhand einer Übersicht über die Einrichtungen, Hilfsmittel und Hilfsdienste zugunsten Behinderter auf den einzelnen Flughäfen ist es behinderten Fluggästen möglich, sich auf die Bedingungen und Möglichkeiten ihres Flughafens einzustellen. Mittlerweile sind in der Übersicht neben den internationalen Verkehrsflughäfen auch 16 regionale ausgewiesen, unter anderem Dortmund, Kiel und Friedrichshafen.

8.20

Unter Beteiligung des Bundesverkehrsministeriums wird zur Zeit im Rahmen der Europäischen Zivilluftfahrt-Konferenz an Empfehlungen für die **behindertengerechte Gestaltung des Luftverkehrs** gearbeitet. Eine einheitliche Europäische Betriebsvorschrift für den Einsatz von Zivillflugzeugen für die gewerbsmäßige Beförderung (JAR-OPS) wird auch die Belange behinderter Fluggäste berücksichtigen. Obwohl diese Betriebsvorschrift derzeit noch nicht gilt, sind die deutschen Luftfahrtunternehmen gebeten worden, die vorgesehenen Regelungsinhalte schon jetzt zu beachten. Auch in der Internationalen Zivilluftorganisation (ICAO) engagiert sich das Bundesverkehrsministerium zugunsten behinderter Flugreisender.

8.21

Um die Integration Behinderter in die **Binnenfahrgastschiffahrt** bemühen sich Schiffahrt, Behindertenverbände und Behörden. Auch die Deutsche Bahn AG setzt behindertenfreundliche Schiffe ein. Beim Bau von Landebrücken 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, zum Beispiel hinsichtlich des Brandschutzes sowie der Einrichtung der Fahrgasträume und -kabinen, die auch den besonderen Sicherheitsbedürfnissen behinderter Fahrgäste gerecht werden.

Außerdem gibt es für die behindertengerechte Ausstattung von Binnenfahrgastschiffen 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 berücksichtigt.

Die auf deutschen Binnenschiffswerften gebauten Binnenfahrgastschiffe sind weitgehend behindertengerecht ausgestattet worden. Die in der Hafenschiffahrt eingesetzten Barkassen sind wegen des Alters und der Schiffsgröße nicht behindertengerecht. Im Rahmen von Um- und Neubauten sind und werden die im öffentlichen Personennahverkehr eingesetzten „Einmannschiffe“ mit ausfahrbaren Rampen sowie zusätzlichen Stellplätzen für Rollstuhlfahrer ausgestattet. Auf „Zweimannschiffen“ kümmert sich im Bedarfsfall eines der Besatzungsmitglieder um Behinderte.

8.22

Für den **Seeschiffsverkehr** sind durch die Änderungen des Übereinkommens von 1965 zur Erleichterung des internationalen Seeverkehrs von den Mitgliedstaaten der Internationalen Seeschiffahrtsorganisation der UN (IMO) im Jahre 1990 „Empfehlungen für Verbesserungen im Reiseverkehr behinderter Menschen“ beschlossen worden, die seit dem 1. September 1991 in der Bundesrepublik Deutschland gelten. Die innerstaatliche Umsetzung der Empfehlung in den Seehäfen obliegt entsprechend der Kompetenzverteilung den Ländern.

In der IMO wurden zudem unter Beteiligung des Bundesverkehrsministeriums und eines Vertreters der Arbeitsgruppe „Behindertengerechte Umweltgestaltung“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation die „Empfehlungen für den Bau und Betrieb von Schiffen im Hinblick auf ältere und behinderte Fahrgäste“ beraten und verabschiedet.

Die Küstenländer waren und sind bestrebt, die Bedingungen für behinderte Schiffsfahrgäste bei der Abfertigung und während der Schiffsreise zu verbessern. Dabei stellt sich die Situation in den einzelnen nord- und ostdeutschen Seehäfen unterschiedlich dar. Abfertigungsanlagen für die Fähr- und Ausflugschiffahrt sind in zunehmendem Maße behindertengerecht ausgestattet. Beim Um- und Neubau von Fährterminals werden die Belange behinderter Menschen berücksichtigt, indem zum Beispiel der Schiffszugang rollstuhlgerecht über eine Rampe ermöglicht wird. Weitere Einrichtungen, wie zum Beispiel Behindertenparkplätze im Anlegebereich, Fahrstühle und Behindertentoiletten in Terminalgebäuden, sind in vielen Häfen vorhanden. Terminalpersonal und Schiffsbesatzungen sind angehalten, behinderten Fahrgästen zu helfen.

Deutsche Reeder gehen seit geraumer Zeit an Bord von Passagierschiffen freiwillig auf die Belange behinderter Passagiere ein. Die Fähr- und Ausflugschiffe sind in unterschiedlichem Maße behindertengerecht ausgelegt. Die meisten Fährschiffe haben entsprechende Aufzüge und Toiletten und sind mit Behindertenfahrzeugen aller Art problemlos zu befahren. Im Fährverkehr mit Großbritannien sind Seeschiffe eingesetzt, auf denen eine – allerdings begrenzte – Anzahl behindertengerechter Kabinen eingerichtet wurde. Kombifähren, die hauptsächlich für den rollenden Güterverkehr vorgesehen sind, haben solche Kabinen jedoch nicht.

8.23

Die Belange Behinderter werden bei der Planung und beim Entwurf von **Straßenbaumaßnahmen** im Bereich der Bundesfernstraßen sowie generell bei der Gestaltung von Verkehrsanlagen berücksichtigt. Grundlage sind eine Vielzahl technischer Regelwerke, die kontinuierlich, entsprechend den neuesten Erkenntnissen, überarbeitet werden, wobei die Bedürfnisse behinderter Menschen ein wichtiger Bezugspunkt sind. So werden zum Beispiel in den „Richtlinien für Lichtsignalanlagen“ die Einsatzkriterien und die technische Ausführung von Zusatzeinrichtungen – wie akustische Freigabesignale und taktile Signalgeber – für Sehbehinderte geregelt; diese Anlagen werden in Absprache mit den örtlichen Blindenorganisationen installiert.

Nach den „Richtlinien für passive Schutzeinrichtungen an Straßen“ sind Schutzplanken im Bereich von Notrufsäulen so anzuordnen, daß ein ungehinderter Zugang durch Rollstuhlfahrer möglich ist. Hinweise für die Gestaltung von Rad- und Gehwegüberfahrten, die Gefahren für Fußgänger, Radfahrer und Rollstuhlfahrer vermeiden, sind beispielsweise in den „Empfehlungen für die Anlage von Hauptverkehrsstraßen (EAHV '93)“ enthalten und ebenfalls in den 1995 herausgegebenen „Empfehlungen für Radverkehrsanlagen (ERA '95)“ berücksichtigt.

8.24

Nach den „Richtlinien für **Rastanlagen an Straßen**“ werden sowohl an Rastanlagen mit Servicebetrieben (Nebenbetrieben) sowie auch an denen, die nur ein WC-Gebäude haben, Behindertenparkplätze standardmäßig eingerichtet. Bei den Servicebetrieben ist die unmittelbare Einflußnahme des Bundes auf eine behindertengerechte Gestaltung inzwischen durch die Aufgabe des Bauvorbehaltes des Bundes für Nebenbetriebe im Bundesfernstraßengesetz und die Umwandlung der Gesellschaft für Nebenbetriebe mbH in die Autobahn Tank & Rast AG begrenzt. Der behindertengerechte Bau und Betrieb der Servicebetriebe wird jedoch auch künftig durch den Konzessionsvertrag, der dies ausdrücklich vorsieht und zwischen dem Konzessionär und der jeweiligen Landesstraßenbauverwaltung abgeschlossen wird, gewährleistet.

Die WC-Gebäude auf Rastanlagen ohne Servicebetriebe erhalten standardmäßig eine Behinderten-Toilette; der Zentralschlüssel kann gegen eine einmalige Gebühr angefordert werden. Insgesamt ist die behindertengerechte Gestaltung, vor allem bei den Rastanlagen mit Servicebetrieben, an den Autobahnen bereits weit fortgeschritten. So standen den behinderten Verkehrsteilnehmern Ende 1996 an rund 80 v.H. dieser Rastanlagen Parkplätze, WC, Telefone und Zugänge in behindertengerechter Ausführung zur Verfügung. Etwa 20 v.H. der Autobahnhotels bieten bereits behindertengerechte Zimmer einschließlich Behinderten-WC an. Mit jedem neuen oder grundlegend modernisierten Servicebetrieb wächst das Netz der behindertengerechten Rastanlagen, so daß über eine mittlere Frist hinweg alle Rastanlagen mit Servicebetrieben entsprechend ausgerü-

stet sein werden. Auch die Zahl der Behinderten-WC's an Rastanlagen ohne Service-Betrieb wird im Zuge zahlreicher Neu- und Ausbauten in den nächsten Jahren deutlich zunehmen.

9. Behinderung und Familie**9.1**

Auch für behinderte Kinder ist die Familie grundsätzlich der beste Lebensraum und bietet die besten Chancen für ihre Entwicklung. Die Integration behinderter Kinder muß daher bei der Stärkung und Unterstützung ihrer Familien ansetzen, um eine frühe Ausgrenzung in vollstationären Einrichtungen wie Kinderheimen möglichst zu vermeiden.

Die körperlichen und seelischen Anforderungen, die Angehörige von Menschen mit Behinderungen zu bewältigen haben, sind mittlerweile dokumentiert; es ist der Öffentlichkeit aber noch immer zu wenig bekannt, wieviel Zeit, Kraft und Energie vor allem Frauen in den Familien für die Erziehung, Pflege und Betreuung behinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener aufbringen müssen. Mit Selbstverständlichkeit wird vielfach, vor allem von Müttern schwer behinderter Kinder, eine drastische Einschränkung ihres Anspruchs auf eine selbstbestimmte Lebensgestaltung erwartet. Erziehung und Pflege behinderter Kinder ist außerdem zumeist mit erheblichen finanziellen Aufwendungen verbunden, zum Beispiel für besondere Wohnungsausstattung, Fahrten, therapeutische Hilfsmittel, Pflegehilfen, Medikamente und eine behinderungsbedingt aufwendigere Urlaubsgestaltung.

Familien, in denen Kinder mit einer Behinderung leben, streben wie andere Familien nach Glück und Zufriedenheit. Sie versuchen entsprechend diesem Wunsch ihr Zusammenleben zu gestalten; sie sorgen für ihre Kinder, für ein angemessenes Zuhause und ein ausreichendes Einkommen. Eltern erleben ihre behinderten Kinder trotz aller Belastungen und Schwierigkeiten letztlich als Bereicherung des eigenen Lebens. Stärker noch als bei nichtbehinderten Kindern werden Entwicklungsfortschritte und Lernerfolge positiv wahrgenommen. Im Zusammenleben, durch die alltäglichen Erfahrungen im Umgang mit behinderten Menschen, mit ihrer Spontaneität und Herzlichkeit, aber auch in der Auseinandersetzung mit Angst und Trauer über existentielle Begrenztheiten entsteht oft eine sehr liebevolle und enge Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern.

Eltern und Geschwisterkinder erfahren durch die intensive Begegnung mit einer Behinderung innerhalb der Familie für sich selbst oft wichtige Veränderungen in ihren Wertvorstellungen und Einstellungen. Bei vielen solcher Erfahrungen von Familien, Freunden und Bekannten behinderter Menschen geht es nicht nur um eine Bereicherung allein für die Familien; vielmehr erschließt sich für das gesellschaftliche Zusammenleben insgesamt eine erweiterte und fruchtbringende Dimension.

9.2

Familien mit behinderten Angehörigen haben in aller Regel die Kompetenz, mit individueller Unterstützung ihre Aufgaben und Lebenssituationen zu bewältigen. Zudem sollen sie ihre sozialen und kulturellen Bedürfnisse erfüllen und ihr Zusammenleben nach innen und außen gemäß ihrer Lebensplanung realisieren können. Dazu sind aber diese Familien auf ein gesellschaftliches Klima angewiesen, in dem Menschen mit Behinderungen als selbstverständlicher Teil akzeptiert und ihnen mit Verständnis, Hilfsbereitschaft und Respekt begegnet wird. Die Erfahrungen, die betroffene Familien derzeit machen, sind widersprüchlich; teilweise signalisieren Verhaltensänderungen einen Zuwachs an Verständnis und Toleranz gegenüber den Angehörigen, teilweise verstärken sich Herabsetzung und Benachteiligung, manchmal verbunden mit der Problematik, daß behinderten Menschen ihr Lebensrecht abgesprochen wird – ähnlich wie alten Menschen, deren hoher Pflegebedarf unter Kosten-Nutzen-Relationen diskutiert wird. Die sich rasch entwickelnden Möglichkeiten pränataler Diagnostik und die Euthanasiediskussion konfrontieren betroffene Eltern zunehmend mit der Frage, warum sie es zugelassen haben, daß ein Kind mit einer Behinderung geboren wurde; diese neue Form sozialen Drucks bringt betroffene Eltern in inhumane Rechtfertigungszwänge.

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 von Familienangehörigen erbrachten Hilfen umfassen neben rein körperbezogener Pflege auch die hauswirtschaftliche Versorgung und die sozial-kommunikativen, psychischen und emotionalen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen. Familien bilden allerdings nicht mehr das zentrale Versorgungssystem, auf das die Gesellschaft bei ihren Aufgaben zur Eingliederung behinderter Menschen beliebig zurückgreifen kann. Die Lebensprobleme behinderter Menschen 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.

Die körperlichen und psychischen Anforderungen, die von den Familienangehörigen in Erziehung und Pflege bewältigt werden, erfordern in hohem Maße Zeit, Kraft und Energie, oft unter großer emotionaler Anspannung. Anhaltende Überbeanspruchung eines oder beider Partner in der häuslichen Betreuung von Angehörigen mit Behinderungen ist oft mit negativen Folgen für die Gesundheit der Betreuungsperson, für die Partnerbeziehung, für die Entwicklung der Geschwisterkinder sowie für die Stabilität der Gesamtfamilie verbunden. Ein flexibles und für die Nutzer finanzierbares Angebot an familienentlastenden Hil-

fen ist Voraussetzung, daß nicht nur behinderte Kinder selbst, sondern auch ihre Angehörigen am gesellschaftlichen Leben unter weitestgehender Normalisierung und Selbstbestimmung teilhaben können.

9.4

Seit Mitte der 80er Jahre entwickelten sich – insbesondere in Orts- und Kreisvereinigungen der Lebenshilfe – **Familienentlastende Dienste** als eine neue Form ambulanter, mobiler Hilfen. Diese Dienste – in Nordrhein-Westfalen treffend „Familienunterstützungsdienste“ genannt – tragen der Erwartung behinderter Menschen und ihrer Angehörigen Rechnung, die an Stelle einer „totalen Hilfe“ in Einrichtungen zunehmend Formen ambulanter Unterstützung, Assistenz und Entlastung nachfragen und einen Verbleib im familiären Umfeld, im örtlichen Gemeinwesen und in der eigenen Häuslichkeit anstreben. Sie sind eine Antwort auf die Belastungen von Familien mit behinderten Angehörigen, wollen den pflegenden und betreuenden Angehörigen „Freiräume“ schaffen und umfassen entsprechend dem Bedarf der Nutzer unterschiedliche Dienstleistungen; zu den Angeboten gehören stundenweise, tageweise und mehrtägige Betreuungs- und Pflegehilfen innerhalb und außerhalb der Familie, sozialpädagogische Beratung und Begleitung der Familien sowie Vermittlung weiterer Hilfen.

Die Bundesregierung hat sich wiederholt für die Entwicklung ambulanter Familienentlastender Dienste ausgesprochen; um zur konzeptionellen Weiterentwicklung beizutragen, hat das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Bundesvereinigung Lebenshilfe ein fünfjähriges Modellprojekt gefördert. Ziel war eine Bestandsaufnahme zum Entwicklungsstand derartiger Dienste in alten und neuen Bundesländern, daneben ging es um die Analyse der konzeptionellen Arbeitsgrundlagen, des Adressatenkreises, der Personalstruktur und -ausstattung, der rechtlichen und finanziellen Absicherung sowie des Leistungsspektrums; ein weiterer Schwerpunkt war, Informationen zur Inanspruchnahme und Akzeptanz durch betroffene Familien zu gewinnen.

Die Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Sorgenkind unterstützte seit 1987 in erheblichem Umfang den Aufbau Familienentlastender Dienste; sie förderte 84 Einrichtungen für die Dauer von drei Jahren mit insgesamt 8,9 Mio DM, so daß allein dadurch insgesamt 128 hauptberufliche Stellen geschaffen werden konnten.

9.5

1994 gab es etwa 450 Familienentlastende Dienste, davon 300 in den alten und 150 in den neuen Ländern, während 1986 erst etwa 60 dieser Dienste im alten Bundesgebiet arbeiteten. 70 v.H. aller Dienste in den alten und knapp 80 v.H. in den neuen Ländern haben als Träger Lebenshilfevereine. Die übrigen Dienste werden von örtlichen Behindertenvereinen und Wohlfahrtsverbänden betrieben, 35 zum Beispiel von regionalen Gliederungen des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte.

Der Ausbaustand Familienentlastender Dienste weist erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern auf. Die mit Abstand größte Angebotsdichte in den alten Ländern haben Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen; Berlin und Nordrhein-Westfalen weisen die geringste Dichte auf. Mit Ausnahme von Bayern und Baden-Württemberg liegt die Angebotsdichte in den neuen Bundesländern höher als in den alten Ländern; in alten und neuen Ländern gleichermaßen finden sich die Dienste in ländlichen Regionen und kleineren Orten seltener als in Ballungsgebieten. Um ein flächendeckendes Netz zu schaffen, müßten bundesweit weitere 300 Familienentlastende Dienste geschaffen werden.

9.6

Nutzer Familienentlastender Dienste sind hauptsächlich Familien mit geistig behinderten (57 v. H.), mehrfachbehinderten (24 v. H.) und körperbehinderten Angehörigen (16 v. H.). Die meisten betreuten Kinder und Jugendlichen befinden sich im Schulalter zwischen 7 und 18 Jahren. Zwei weitere große Gruppen bilden Erwachsene im Alter von 26 bis 40 und 19 bis 25 Jahren in der genannten Reihenfolge. Zunehmend erbringen die Dienste auch Leistungen für behinderte Menschen, die in der eigenen Wohnung oder einer Form betreuten Wohnens leben, und ermöglichen ihnen damit ein selbstbestimmtes Leben außerhalb von Einrichtungen; derzeit trifft das bei etwa 10 v. H. der von Familienentlastenden Diensten betreuten Personen zu.

Der Schwerpunkt der Arbeit (rund 85 v. H.) liegt in der stundenweisen Entlastung der Familien am Tage und in den Abendstunden, zu über 90 v. H. in der Wohnung der Familien. Die Mehrzahl der Familienentlastenden Dienste verfügt darüber hinaus für die Betreuung auch über eigene Räumlichkeiten. In den Diensten sind über 300 pädagogische Fachkräfte als Leiterinnen und Leiter (in den alten Bundesländern 70 v. H., in den neuen 95 v. H. Frauen) hauptberuflich und etwa 4 000 Helferinnen und Helfer in unterschiedlichen Anstellungs- und Bezahlungsverhältnissen tätig.

Die im Rahmen des genannten Modellprojektes durchgeführten Familienstudien zeigen, daß das Hilfefpotential der Familien und insbesondere das der Mütter bis an die Grenzen des Leistbaren ausgeschöpft ist; auch können nur wenige Familien auf regelmäßige Hilfen aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis zurückgreifen. Die Verfügbarkeit ambulanter Hilfen ist ein wichtiger Faktor für den Erhalt des familiären Versorgungssystems und damit des innerfamiliären Gefüges als primäres soziales Netz für behinderte Kinder und im Elternhaus lebende erwachsene Behinderte; andererseits können die Hilfeleistungen keine Gesamtlösung für die Belastungssituation von Familien mit behinderten Angehörigen darstellen, sondern nur eine zeitweise Entlastung von den permanenten Verpflichtungen bieten.

9.7

In **Bayern** – hier exemplarisch genannt – wurden seit 1988 sogenannte Dienste der Offenen Behindertenarbeit aufgebaut, zu deren Aufgabe vor allem auch

die Entlastung von Familien mit behinderten Angehörigen zählt. Ende 1996 arbeiteten 180 solcher Dienste auf der Ebene der bayerischen kreisfreien Städte, Landkreise oder Regierungsbezirke. Zu den Aufgaben dieser Dienste, die allen Behindertengruppen (körperlich, geistig, mehrfachbehinderte und chronisch kranke Menschen) aller Altersstufen zur Verfügung stehen, zählen

- Informationen und Beratung zu allen Fragen des täglichen Lebens,
- Vermittlung von Hilfen,
- psychosoziale Beratung und Betreuung der behinderten oder chronisch kranken Menschen und ihrer Familien,
- Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfen, soweit sie nicht dem Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung zuzuordnen sind,
- Familienentlastende Dienste,
- Organisation und Durchführung von Freizeit- und Begegnungsmaßnahmen,
- Schulungsmaßnahmen für behinderte Menschen und ihre Familien,
- Schulung und Begleitung ehrenamtlicher Helfer in der Offenen Behindertenarbeit,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Gemeinwesenarbeit,
- Hilfen zur Teilnahme am Leben der Gemeinschaft, zum Beispiel auch durch das Angebot von speziellen Hilfen für kommunikationsbehinderte Menschen.

Die angebotenen Hilfen orientieren sich vor allem an den individuellen Bedürfnissen der behinderten Menschen und ihrer Familien und sollen ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben des behinderten Menschen und eine größtmögliche Integration in die Gesellschaft ermöglichen.

Auch **Hessen** fördert seit 1993 offene Hilfen für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen; Ziel ist es, noch in dieser Legislaturperiode ein flächendeckendes Netz ambulanter Strukturen mit etwa 50 Trägern oder Diensten als Wahlalternative zu stationären Hilfen zu schaffen. Trotz schwieriger Haushaltslage wurden insgesamt 36 Dienste in 21 von 27 Landkreisen aus Mitteln des Landes und des Landeswohlfahrtsverbandes gefördert. Zur Qualitätssicherung und zur Analyse des Entwicklungsstands der offenen Angebote hat die Gesamthochschule Kassel die Begleitforschung übernommen, um Kontextbedingungen, Vernetzung und Abgrenzung der offenen Hilfen transparenter zu machen.

9.8

Ein Grundproblem Familienentlastender Dienste besteht in der **rechtlichen und finanziellen Absicherung**. Neben hohem Eigenmitteleinsatz der engagierten Träger (in Bayern derzeit 18 v. H. der Gesamtkosten, in anderen Bundesländern weit darüber) und zum Teil erheblichen Selbstkosten für die Nutzer der Dienste erfolgt die Finanzierung immer noch im

wesentlichen aus sogenannten freiwilligen Zuwendungen von Ländern oder Kommunen, die regional unterschiedlich und bei beanspruchten Etats nicht verlässlich sind. Landesprogramme aus Mitteln der überörtlichen Sozialhilfe, zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen, reichen ebenfalls zu einer dauerhaften Struktursicherung nicht aus.

Als ambulante Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, können Familienentlastende Dienste auch dann eine Zulassung als Pflegeeinrichtung erhalten und auf dieser Grundlage Sachleistungen der Pflegeversicherung für Behinderte erbringen und mit den Pflegekassen abrechnen, wenn sie ihre Pflegeleistungen unter der ständigen Verantwortung von ausgebildeten Heilerziehungspflegerinnen oder -pflegern oder von Heilerzieherinnen oder Heilerziehern erbringen, was bei bestehenden Einrichtungen häufig der Fall ist. Nach dem Bundessozialhilfegesetz haben betreuende und pflegende Angehörigen keinen Rechtsanspruch auf entlastende Hilfen; angestrebt wird eine Verbindung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege sowie der ambulanten Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz zu einem Gesamtsystem familienunterstützender Dienste.

9.9

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 Behinderten-gruppe 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.

9.10

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 Mutter – wegen Betreuung und Pflege des behinderten Kindes auf eine eigene Berufstätigkeit verzichtet; 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 privaten Haushalten 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; 32 v.H. sind 65 Jahre oder älter.

Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson (Alter: 18–64 Jahre)	bei Pflegebedarf			
	insgesamt	täglich	ständig	mehrfach wöchentlich
	in 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

9.11

Die Lebenssituation von **Familien mit behinderten Kindern in den neuen Ländern** ist gekennzeichnet durch vielfältige organisatorische Anforderungen im Alltag, die sich aus der besonderen Lebenslage dieser Familien und den Erfordernissen des neu eingeführten Systems der Behindertenhilfe infolge der deutschen Vereinigung ergeben haben. Neben den Anforderungen der Betreuung und Pflege des behinderten Kindes müssen bürokratische Hürden bei der Beantragung finanzieller Leistungen und technischer Unterstützungsmöglichkeiten überwunden werden. Besonders schwierig war es für die Eltern, Informationen über das neue System und seine Regeln zu erwerben. Darüber hinaus unterscheiden sich die Lebensverhältnisse in den neuen von der Situation in den Altbundesländern nicht nur hinsichtlich der Einkommensverhältnisse, der Wohnsituation und der verfügbaren Infrastruktur, sondern auch und gerade hinsichtlich der Lage auf dem Arbeitsmarkt und der Bedeutung der Berufstätigkeit der Frauen. Diese besonderen Bedingungen prägen Lebenslage und Unterstützungsbedarf von Familien mit behinderten Kindern in den neuen Ländern; hierzu hat das Bundesministerium für Gesundheit in seiner Schriftenreihe eine Studie veröffentlicht.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung 1995 lebten in den neuen Ländern etwa 35 000 Kinder und Jugendliche mit einer Behinderung im Alter bis 18 Jahre in Familien, wobei knapp 60 v.H. einen Grad der Behinderung von 100 aufwiesen und mehr als die Hälfte der Kinder mehrfachbehindert war; sie unterschieden sich hinsichtlich der Schwere und Verteilung ihrer

Beeinträchtigungen nicht vom Bundesdurchschnitt. Die überwiegende Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen lebt in einem vollständigen Familienhaushalt, also zusammen mit den Eltern oder dem Lebensgefährten eines Elternteils. Nur etwa 15 v.H. lebten bei Alleinerziehenden, davon 90 v.H. bei der Mutter.

9.12

Ebenso wie in den alten Ländern ist die **häusliche Betreuungssituation** gekennzeichnet durch aufwendige familiäre Organisations- und Koordinationsleistungen. Viele Eltern wünschen, daß Betreuungsangebote für behinderte Kinder und Jugendliche besser auf den Bedarf von Familien ausgerichtet werden, denn ungünstige Schließungszeiten von Kindergärten und Schulen lassen Betreuungslücken entstehen, die bereits bei Familien mit nichtbehinderten Kindern mindestens zu hohem Organisationsaufwand und oft zur Einschränkung oder Aufgabe der Berufstätigkeit eines Elternteils führen. Rund 80 v.H. der behinderten Kinder und Jugendlichen benötigen täglich zusätzlich besondere Hilfen; insgesamt ist mehr als ein Drittel der Kinder rund um die Uhr auf Hilfe und Pflege angewiesen. Auch in den neuen Ländern sind in Familien mit behinderten Kindern oder Angehörigen die Mütter (zu 81 v.H.) trotz Berufstätigkeit die wichtigsten Betreuungspersonen; in knapp einem Drittel der Familien beteiligen sich die Väter häufig an der Betreuung des Kindes.

Trotz der täglichen Anforderungen der Pflege ist die Erwerbstätigkeit das vorherrschende Lebensmuster der Mütter. Das trifft auch für Alleinerziehende zu, wobei diese durch die Pflege und Betreuung ihres behinderten Kindes besonders belastet sind. Ein Fünftel der Mütter war arbeitslos; alle anderen standen in einem Beschäftigungsverhältnis oder machten eine Umschulung. Vollzeitbeschäftigt war knapp ein Drittel der Mütter. Allerdings mußte etwa die Hälfte der Mütter die Erwerbstätigkeit wegen der Pflege einschränken und zum Teil sogar ganz aufgeben. Doch würden die meisten Mütter trotz Pflege und Betreuung ihrer Kinder gerne wieder oder mehr arbeiten; soziale Kontakte, Ablenkung von der Behinderung und finanzielle Probleme werden als Motiv genannt. Neben der ökonomischen Absicherung sehen die pflegenden Mütter in der Berufstätigkeit auch die bessere Chance, die eigene Situation zu bewältigen. Mütter sehen sich aber sehr viel häufiger als Väter gezwungen, wegen Pflegeleistungen ihre Berufstätigkeit einzuschränken oder aufzugeben; arbeitslose Väter werden als zweite Pflegeperson genannt, nicht als Hauptverantwortlicher in der Betreuung des Kindes. In der gesamten repräsentativen Untersuchungsgruppe waren etwa zwei Drittel der Mütter erwerbstätig.

9.13

Auch in den neuen Ländern werden Pflege und Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher nahezu ausschließlich (etwa 94 v.H.) im Familienkreis organisiert; ambulante Hilfen wie zum Beispiel Sozialstationen oder Familienentlastende Dienste wer-

den nur von knapp 15 v.H. der Familien genutzt. Knapp 30 v.H. der Familien haben Unterstützungsbedarf, aber bezüglich des Angebotes ambulanter Hilfen Informationsdefizite und zum Teil auch Versorgungslücken in einzelnen Regionen. Leistungen Familienentlastender Dienste werden in den neuen Ländern vor allem in Anspruch genommen, um weiter erwerbstätig sein zu können, dagegen weniger als in den alten Ländern, um persönliche Freiräume zu schaffen.

Informationen über gesetzliche Regelungen und Unterstützungsmöglichkeiten erhalten Eltern vor allem über Medien oder – anders als in den alten Ländern – häufig auch über Ärzte und medizinisches Fachpersonal; Beratungsstellen und Behörden wurden demgegenüber als wenig hilfreich erlebt. Durchgängig werden Informationsmängel als Problem genannt; Familien mit behinderten Kindern fühlen sich nicht ausreichend über Versorgungsangebote und Rechte informiert. Es wird mehr Transparenz in bezug auf gesetzliche Leistungen, die Kriterien für die Bewilligung sowie behördliche Zuständigkeiten gefordert. Der Informationsaustausch mit anderen betroffenen Familien und Selbsthilfegruppen wird bevorzugt genutzt und für wichtig gehalten.

9.14

Die Entwicklung der Lebenssituation für Familien mit behinderten Angehörigen seit der deutschen Vereinigung wird differenziert betrachtet. Insgesamt positiv beurteilt wurde die Verbesserung der ambulanten und stationären Betreuungsangebote für behinderte Kinder sowie die Verbreiterung des Therapie- und Hilfsmittelangebotes. Ebenfalls verbessert haben sich für viele Familien die Wohnverhältnisse, auch wenn die Wohnungen nur zu einem geringen Prozentsatz (etwa 5 v.H.) behindertengerecht ausgestattet sind. Ungünstiger erlebt wurden dagegen Verschlechterungen hinsichtlich der sozialen und ökonomischen Situation, vor allem durch Arbeitslosigkeit eines oder beider Elternteile. Besorgt äußerten sich viele Familien darüber, ob Ausbildungsmöglichkeiten und Berufsperspektiven für ihre behinderten Kinder und Jugendlichen ausreichend zur Verfügung stehen werden.

Grundsätzlich zwischen verschiedenen Möglichkeiten wie Familienpflege, Heimunterbringung oder selbständiger Lebensführung als Zukunftsperspektive des behinderten Kindes wählen zu können, gehört zu den grundlegenden positiven Erfahrungen in den neuen Ländern. Nicht selten wird die gesellschaftliche Integration von Familien mit behinderten Kindern immer noch durch Unkenntnis und mangelndes Verständnis der Mitmenschen erschwert. Viele Eltern wünschen sich eine behindertengerechtere Umwelt und einen selbstverständlicheren Umgang mit behinderten Menschen und deren Belangen in der Gesellschaft. Auch wenn sich bereits grundlegende Veränderungen in den neuen Ländern seit der deutschen Vereinigung vollzogen haben, müssen diese Probleme immer wieder der Öffentlichkeit bewußt gemacht werden.

9.15

Die durch den Verzicht einer Pflegeperson auf eine eigene Erwerbstätigkeit oder die Reduzierung der Erwerbstätigkeit eintretenden Versorgungslücken im Rentenversicherungsverlauf werden, wenn Behinderte pflegebedürftig sind, durch die Leistungen der Pflegeversicherung zur **sozialen Sicherung der Pflegeperson** zumindest teilweise aufgefangen. Die Pflegeversicherung zahlt je nach Pflegestufe und Umfang der Pflege Tätigkeit im Jahr 1997 zwischen 197 DM und 693 DM monatlich zur gesetzlichen Rentenversicherung; dabei wird den Beitragszahlungen ein fiktives Arbeitseinkommen zwischen 1138 DM und 3416 DM monatlich in den alten sowie zwischen 970 DM und 2912 DM monatlich in den neuen Bundesländern zugrunde gelegt. Damit und mit der Absicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung wird die Pflege Tätigkeit in zwei wesentlichen Gebieten der Sozialversicherung einer Erwerbstätigkeit nahezu gleichgestellt.

9.16

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.

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.

Auch in den neuen Bundesländern wurden in den vergangenen Jahren Fragen der Ablösung junger erwachsener behinderter Menschen von der Familie

als ein normaler Prozeß verstärkt thematisiert. Allerdings steht dem vielfach entgegen, daß nach wie vor geeignete Wohnmöglichkeiten, insbesondere für schwerst- und mehrfachbehinderte junge Menschen außerhalb von Heimen kaum zur Verfügung stehen. Länder, Behindertenorganisationen und Wohlfahrtsverbände sind sich dieser Problematik bewußt und bemühen sich, auch für diesen Personenkreis adäquate Wohnmöglichkeiten als Grundlage für eine selbständigere Lebensführung zu schaffen. Diese Entwicklung in den neuen Ländern wird durch verschiedene Modellprojekte seitens der Bundesregierung und der einzelnen Länder unterstützt.

9.17

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 vollständig 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.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verfolgt aufgrund des Schwangerschaftskonfliktgesetzes derzeit insbesondere den Ansatz, sexualpädagogische Themen in die Ausbildung der Multiplikatoren einzubringen, um so die Grundlage für einen professionellen Umgang mit Themen der Sexualaufklärung in den einzelnen pädagogischen Berufen sicherzustellen. Bei der jeweiligen Curriculumentwicklung wird auch der Themenschwerpunkt „Sexualaufklärung mit behinderten Menschen“ zum Beispiel im Rahmen des von der Bundeszentrale geförderten Modellprojekts „Sexualpädagogik in der Fachschule und der Berufsfachschule für Sozialpädagogik“ berücksichtigt.

9.18

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.

Die Bundesregierung hat den erbetenen Bericht im Februar 1996 erstmals vorgelegt (Bundestags-Drucksache 13/3822). Der Bericht

– zeigt die wesentlichen Merkmale der Regelungen zur Sterilisation auf,

- teilt die einschlägigen Aussagen der von den Ländern geführten Justizstatistiken sowie das Ergebnis einer Befragung von Praktikern mit und
- bewertet die erlangten Informationen.

Als Ergebnis wird festgehalten, daß sich das Recht der Sterilisation in der Praxis bewährt hat und keine Änderungen erforderlich sind. Beleg dafür ist insbesondere ein deutlicher Rückgang der einschlägigen Fallzahlen; für die Zeit vor Inkrafttreten des Betreuungsgesetzes wurde die Dunkelziffer auf etwa 1 000 Sterilisationen im Jahr geschätzt, während die Zahl vormundschaftsgerichtlicher Sterilisationsgenehmigungen seit 1992 jeweils unter 100 pro Jahr geblieben ist.

Unabhängig von den Auswirkungen der gesetzlichen Regelung besteht jedoch weiterhin die Notwendigkeit, Beratungskonzepte und konkrete Hilfen zu entwickeln, die auf die berechtigten Wünsche und Bedürfnisse geistig behinderter Menschen in bezug 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; Erfahrungen der Beratungsstellen 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.

9.19

Auch muß akzeptiert werden, daß es **geistig behinderte Eltern** 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.

Ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Forschungsprojekt zur Lebenssituation geistig behinderter Eltern mit Kindern berichtet über rund 1 000 Elternschaften geistig behinderter Menschen mit etwa 1 350 Kindern. Diese Zahlen bilden eine Untergrenze; aus den Forschungsergebnissen begründete Schätzungen rechnen mit einigen Tausend Elternschaften. Die Zahl der Geburten scheint in den letzten Jahren anzusteigen. Auch wenn Mütter und Väter heute häufiger mit ihren Kindern zusammenleben als früher, hat die Untersuchung doch ergeben, daß es bisher in der Bundesrepublik nur wenige Hilfenkonzepte und -angebote gibt, die die erforderliche Unterstützung für geistig behinderte Eltern rechtzeitig und umfassend zur Verfügung stellen. Zumeist reagieren Einrichtungen und Träger isoliert und ad hoc, wenn eine Elternschaft eingetreten ist.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weisen auf Mängel in der Aus- und Fortbildung hin, so daß auch sie sich häufig mit der Problematik alleingelassen und überfordert fühlen. Die Frage der Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung ist auf Dauer nicht über engagierte Einzelfallhilfe zu lösen. Auch die bisher überwiegende, vielfach als alternativlos angesehene „Lösung“ der Wegnahme des Kindes kann nur in begründeten Einzelfällen gerechtfertigt sein. Es sind Unterstützungsangebote zu entwickeln, die Eltern und Kindern gleichermaßen gerecht werden. Im Mittelpunkt muß die möglichst genaue Kenntnis der Lebenssituation sowie der Fähigkeiten und Bedürfnisse der Hauptbetroffenen stehen.

9.20

Alle gesetzlichen Leistungen, die Familien und Behinderten grundsätzlich zustehen, gelten auch für behinderte Eltern und werden bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen erbracht. Der Ansatz der individuellen Hilfe für behinderte Eltern liegt grundsätzlich bei der Eingliederungshilfe für Behinderte, weil die Ursachen für den zusätzlichen Hilfebedarf in der (lebenslangen) Behinderung zu sehen sind. Auf dieser Grundlage können behinderte Personen auch in ihrer Eigenschaft als Eltern Hilfe beanspruchen.

Aufgrund der Unterschiedlichkeit der individuellen Situationen behinderter Mütter und Väter ist es nicht möglich, über einen grundsätzlichen Anspruch hinaus einen differenzierten Anspruchskatalog für jeden Personenkreis festzuschreiben. Art und Schwere der Behinderung sind jeweils unterschiedlich, so daß auf den individuellen Bedarf abgestimmte Hilfe zu leisten ist.

9.21

Darüber hinaus bestehen vielfältige Hilfsmöglichkeiten im Rahmen des Achten Buches Sozialgesetzbuch – **Kinder- und Jugendhilfe** – zur Förderung der Erziehung in der Familie, zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege sowie zur Hilfe zur Erziehung:

- Bei Behinderung beider Eltern hat eine familienergänzende Betreuung der Kinder eine besondere Bedeutung. Zu diesem Zweck stehen Tageseinrichtungen für Kinder und Tagespflege zur Verfügung. Wie bei anderen Eltern hängt die Höhe des Elternbeitrages zur Finanzierung der Kinderbetreuung von den finanziellen Verhältnissen der Familie ab. Das Jugendamt kann die Kosten für die Kinderbetreuung ganz oder teilweise übernehmen, wenn diese den Eltern nicht zuzumuten sind.
- Der Einsatz einer Tagespflegeperson im Haushalt der behinderten Eltern ist möglich, wobei diese neben der Betreuung der Kinder auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten übernehmen kann.
- Außerdem gibt es für Notsituationen die Möglichkeit, Haushaltshilfen für einen begrenzten Zeitraum als Übergangshilfen zur Betreuung und Versorgung von Kindern einzusetzen.

Ein Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile ist darüber hinaus in Schutzbestimmungen für Behinderte (zum Beispiel im Arbeitsleben) und in Bestimmungen zur bevorzugten Berücksichtigung des Personenkreises (zum Beispiel bei der Vergabe von Wohnungen) sowie als Anrechnung oder Förderung von Leistungen (Berücksichtigung im Steuersystem oder Leistungen des Sozialsystems einschließlich Sozialhilfe) verankert.

9.22

Frauen mit Behinderungen machen etwa 5 v. H. der Bevölkerung aus und sind somit eine recht große „Minderheit“. Statistiken und wissenschaftliche Untersuchungen differenzieren bei Menschen mit Behinderungen oft nicht nach Frauen und Männern und orientieren sich vorwiegend an männlichen Lebensmustern. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat deshalb eine wissenschaftliche Untersuchung zur Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderungen in Auftrag gegeben, die im September 1998 vorliegen wird. Die Untersuchung umfaßt beispielsweise die Sozialisation behinderter Mädchen, die familiäre und finanzielle Situation behinderter Frauen, Partnerschaft, Sexualität, Schwangerschaft, Mutterschaft, berufliche Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit.

Anfang der 80er Jahre wurden in Deutschland erstmals Selbsthilfegruppen behinderter Frauen gegründet. In den vergangenen 15 Jahren haben Frauen mit Behinderungen ihre eigene Identität und ein stärkeres Selbstbewußtsein entwickelt. Dies zeigt sich deutlich an den vielfältigen Initiativen und Selbsthilfeprojekten, in deren Rahmen behinderte Frauen Unterstützung und Beratung für andere behinderte Frauen anbieten. Um den bestehenden Beratungsmangel abzubauen, finanziert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Vorhaben, das behinderte Beraterinnen nach dem „Peer-Counseling-Prinzip“ – zur Beratung Betroffener durch Betroffene – qualifiziert. Die dabei zu erarbeitenden Schulungsmaterialien und ein entsprechender Leitfaden sollen sowohl den Frauenberatungsstellen als auch den Einrichtungen der Behindertenhilfe und den Verbänden zur Verfügung gestellt werden. Schon bestehende Beratungsstellen sollen zugunsten von Frauen mit Behinderung verbessert werden und leichter für sie zugänglich werden. Das Vorhaben wird im September 1999 abgeschlossen sein.

9.23

Zur **Rehabilitation von Hausfrauen** (und Hausmännern) mit einer Behinderung hat die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage des Abgeordneten Gerd Poppe und der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestags-Drucksache 12/602) ausführlich Stellung genommen. Die in aller Regel in der Krankenversicherung (selbst oder mit-) versicherten Frauen erhalten Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die unter anderem auch dazu dienen, die Hausfrauentätigkeit weiterhin ausüben zu kön-

nen. Auch das Leistungsrecht der Sozialhilfe sieht – nachrangig zur Leistungspflicht anderer Sozialleistungsträger – im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte vielfältige Leistungen vor, die allerdings davon abhängig sind, daß die Behinderte die Kosten dieser Maßnahme nicht selbst finanzieren kann. Rehabilitationsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung kommen nach dem geltenden Recht nur dann in Betracht, wenn die Tätigkeit, die zu einem Unfall oder zu einer Krankheit geführt hat, eine versicherte Tätigkeit im Sinne des Siebten Buches Sozialgesetzbuch gewesen ist, insbesondere eine Beschäftigung, eine Ausbildung oder eine bestimmte Tätigkeit in Interesse der Allgemeinheit.

Die Bundesregierung hat die Frage einer Einführung eines Unfallversicherungsschutzes für die Haushaltstätigkeit zuletzt im Jahre 1995 im Zusammenhang mit der Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch geprüft; sie hat dem Gesetzgeber eine solche Regelung nicht vorgeschlagen, insbesondere aus folgenden Gründen:

- Ein gesetzlicher Versicherungsschutz könnte wegen des Gleichbehandlungsgebots nicht auf Frauen beschränkt werden, sondern müßte alle Personen ab einem bestimmten Alter erfassen, die im Haushalt tätig sind, also auch Männer, Kinder und sonstige Familienangehörige.
- Es ist nicht ersichtlich, wie die zu versichernde Haushaltstätigkeit von der in der gesetzlichen Unfallversicherung nicht zu versichernden „privatwirtschaftlichen“ Tätigkeit abgegrenzt werden könnte.
- Eine beitragsfreie, mit Steuermitteln zu finanzierende Pflichtversicherung kann wegen der erheblichen Kosten nicht in Betracht gezogen werden.
- Eine Pflichtversicherung gegen Beiträge der Haushalte wäre aus verfassungsrechtlichen Gründen (Verhältnismäßigkeitsprinzip) problematisch, weil sie zu einer zusätzlichen Beitragszahlung für Risiken führen würde, die zum großen Teil durch die gesetzliche Sozialversicherung bereits abgesichert sind (insbesondere die Heilbehandlung, aber zum Teil auch die Absicherung des Invaliditätsrisikos) oder durch eine Privatversicherung „rund um die Uhr“ abgedeckt werden können.
- Eine Öffnung der gesetzlichen Unfallversicherung für einen freiwilligen Beitritt wäre wegen der Höhe der Beiträge, der verbleibenden Sicherungslücken im Freizeitbereich und der Privatversicherungs-Alternative nicht attraktiv genug; sie würde wahrscheinlich nur von wenigen in Anspruch genommen.

Im übrigen würde die Einführung einer gesetzlichen Unfallversicherung für die Haushaltstätigkeit zwar die Unfallversicherungsträger vorrangig zum Leistungsträger für derartige Rehabilitationsmaßnahmen bestimmen. Diese Leistungen wären aber von der Unfallversicherung nur dann zu erbringen, wenn der Unfall bei der Haushaltstätigkeit eingetreten ist, nicht aber in den vielen anderen Fällen mit einer vergleichbaren Problematik, in denen eine Tätigkeit als Hausfrau wegen eines Unfalls außerhalb des Haus-

halts (zum Beispiel im Verkehr), wegen der bleibenden Folgen einer Erkrankung oder als Folge einer Behinderung nicht mehr oder nur noch eingeschränkt ausgeübt werden kann.

9.24

Seit Frauen mit Behinderungen begonnen haben, ihre Probleme zu thematisieren und politische Forderungen stellen, werden sie von der **Öffentlichkeit** zunehmend beachtet. Sie sind immer noch seltener erwerbstätig und häufiger erwerbslos als behinderte Männer und in sehr viel größerem Ausmaß als nichtbehinderte Frauen; sie verfügen seltener über eine abgeschlossene Berufsausbildung als vergleichbare Männer. Frauen mit Behinderungen sind weniger häufig verheiratet als behinderte Männer und als nichtbehinderte 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 – neben der höheren Lebenserwartung – einer der Gründe für den wesentlich höheren Anteil an Frauen, die in stationären Alten- und Behinderteneinrichtungen betreut werden. Seit einigen Jahren ist auch sexuelle Gewalt gegen behinderte Mädchen und Frauen zum Thema geworden; nach Untersuchungen im Ausland sind behinderte Frauen und Mädchen in stärkerem Umfang von sexueller Gewalt betroffen als nichtbehinderte Frauen.

In den letzten Jahren sind vermehrt Veröffentlichungen zur Situation behinderter Frauen erschienen, oft von Betroffenen verfaßt. Aufgrund des verstärkten Engagements von immer mehr Frauen mit Behinderungen und ihren Selbsthilfeinitiativen, die ihre von einer „doppelten Diskriminierung“ geprägte Lebenssituation und Forderungen für Veränderungen öffentlich machen, werden innerhalb der Frauen- und Behindertenbewegung die besonderen Anliegen behinderter Frauen jetzt häufiger berücksichtigt. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat 1995 eine Veröffentlichung „Mit uns ist zu rechnen. Doch wir brauchen noch einen langen Atem! – Selbsthilfeinitiativen, Projekte und Angebote von/für Frauen mit Behinderung“ herausgegeben.

9.25

Frauen mit Behinderungen brauchen stärker als bisher kompetente **Hilfe und Beratung**, um die differenzierten Möglichkeiten der Rehabilitation, die die verschiedenen Leistungsträger bereithalten, auch tatsächlich ausschöpfen zu können. Zur Unterstützung bei der Berufsausbildung, Umschulung und Arbeitsplatzsuche existieren seit Dezember 1995 in Hessen zwei Vergleichsprojekte für Frauen, und zwar mobile Beratungsstellen zur Erwerbstätigkeit behinderter Frauen in den Landkreisen Kassel und Marburg-Biedenkopf. Für die persönliche Stärkung der einzelnen

behinderten Frauen und für politische und rechtliche Veränderungen zugunsten behinderter Frauen arbeiten **Netzwerke** in Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Berlin. Diese landesweit arbeitenden Netzwerke werden größtenteils von den jeweiligen Ländern finanziell unterstützt. Vom Land gefördert werden auch Koordinationsstellen für Frauen mit Behinderungen in Hessen und Nordrhein-Westfalen. Seit August 1996 gibt es ein Bundesnetzwerk behinderter Frauen, womit auch eine bundesweite Interessenvertretung dieser besonders benachteiligten Gruppe innerhalb der Frauen eingerichtet werden konnte. In den letzten Jahren sind aus der Selbsthilfe heraus zahlreiche Beratungsprojekte und regionale Gruppen behinderter Frauen entstanden. Zur Prävention gegen sexuelle Gewalt wurden verschiedene Selbstverteidigungskurse für Frauen mit Behinderung eingerichtet.

Auch in den neuen Bundesländern wurden verschiedene Selbsthilfeinitiativen behinderter Frauen ins Leben gerufen, zum Beispiel in Suhl und Dresden. Frauen mit Behinderung 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 Sozialleistungen behinderten Frauen wachsendes Selbstbewußtsein und damit auch neue Lebensqualität zu geben.

10. Alter und Behinderung

10.1

Mehr als die Hälfte aller Behinderten ist über 65 Jahre alt. Behinderte sollen auch bei zunehmendem Alter ohne Ausgrenzung und Isolation weiterhin am Leben in der Gesellschaft teilnehmen können. In der Lebensspanne Behindertener nach der Berufstätigkeit eröffnen sich jedoch vielschichtige Probleme, für die es bisher nur Ansätze zu Lösungen gibt, zum Beispiel im Hinblick auf Wohnen mit erhöhtem Hilfebedarf, Tagesstrukturierung und Förderung. Es gilt, angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen, die ein **Altern von Behinderten** in größtmöglicher Selbständigkeit und Würde ermöglichen.

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, zum Beispiel bei zusätzlichen Akuterkrankungen;

- die zuweilen zahlreichen chronischen Leiden im Alter greifen die psychische Stabilität an;
- die selbständige Lebensführung wird häufiger durch Auswirkungen dementieller Erkrankungen beeinträchtigt.

Das Risiko dementieller Erkrankungen, von denen die meisten noch nicht geheilt werden können, insbesondere der Demenzen vom Alzheimer-Typ nimmt zwischen dem 60. und dem 90. Lebensjahr um 30 bis 50 v. H. zu. Derzeit leben in Deutschland nach Schätzungen etwa 800 000 Demenzkranke in mittelschweren und schweren Krankheitsstadien; insgesamt 1,2 Mio, wenn auch leichte Krankheitsstadien berücksichtigt werden; bis 2010 wird eine Größenordnung von bis zu 1,7 Mio erwartet. Nicht nur Experten wissen, daß dementielle Erkrankungen den Hauptgrund für umfassende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit darstellen und inzwischen der häufigste Anlaß für eine Heimunterbringung alter Menschen ist.

10.2

Nachdem der Grundsatz „**Rehabilitation vor Pflege**“ bereits seit längerem im Bundessozialhilfegesetz verankert ist, sind seit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls auf dieses Ziel ausgerichtet. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ findet sich jetzt auch ausdrücklich im Recht der Unfallversicherung, das mit Wirkung ab Januar 1997 in das Siebte Buch Sozialgesetzbuch eingeordnet wurde; danach prüfen die Träger, welche Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu lindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Die Umsetzung des Ziels, durch Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern, erhielt jedoch mit der Einführung der Pflegeversicherung durch das Elfte Buch Sozialgesetzbuch besondere Dynamik. Zwar ist Pflegebedürftigkeit ein Risiko grundsätzlich jedes Lebensalters, jedoch sind von ihr ältere Menschen in besonderem Maße bedroht.

Wie sehr sich Rehabilitation gerade auch im Alter lohnt, ist durch viele Erfahrungs- und Forschungsberichte belegt. Danach können bis zu 80 v. H. der Betroffenen, bei denen vorab ein Rehabilitationspotential festgestellt wurde, wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden. Eine qualifizierte geriatrische Rehabilitation kann die Pflegebedürftigkeit vermeiden, vermindern oder zumindest hinauszögern. Rehabilitation vor Pflege ist aus diesem Grunde der richtige Weg, wo immer er möglich ist.

10.3

Aufgabe der Rehabilitation alter Menschen (**geriatrische Rehabilitation**) ist, mit allen geeigneten Mitteln

- die Fähigkeit zur Selbstversorgung zu erhalten und zu verbessern,
- 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.

Geriatrische Rehabilitation gliedert sich in mehrere Schritte. Der erste Schritt ist eine eingehende Untersuchung, das sog. Assessment. Diese umfaßt eine medizinische, funktionelle und psychosoziale Diagnostik. Aufgrund der dabei erhobenen Daten wird das Rehabilitationspotential bestimmt und ein individueller Behandlungsplan festgelegt. Zur Kontrolle und Qualitätssicherung werden die Assessments im Rehabilitationsverlauf wiederholt. Bei dieser Abklärung ist ebenso wie bei der darauffolgenden Therapie die Mitarbeit des interdisziplinären geriatrischen Teams gefordert. Die Verordnung der Therapie und die genaue Beobachtung der Betroffenen während der Rehabilitation liegt in der Verantwortung der Ärzte, damit eine rechtzeitige Weichenstellung erfolgen kann. Entscheidungen müssen nach Rücksprache mit dem Team, den Betroffenen und ihren Angehörigen durch die Ärzte gefällt werden.

Wesentliche Maßnahmen geriatrischer Rehabilitation sind neben ärztlicher Behandlung insbesondere

- aktivierende ganzheitliche Pflege,
- Maßnahmen der Behandlungspflege mit Beginn unmittelbar nach Eintreten einer krankhaften Störung,
- Bewegungstherapie,
- Ergotherapie,
- Logopädie,
- kognitive und übende Trainingsprogramme ohne Defizitorientierung,
- Milieuthérapie mit akzeptierenden und validierenden Elementen,
- psychosoziale Betreuung, auch mit Einbeziehung des Umfeldes als Partner- und Familientherapie,
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen für ältere Menschen und ihre Angehörigen,
- Alten- und Angehörigenberatung bis hin zur psychotherapeutischen Begleitung.

Voraussetzung für rehabilitativen Erfolg ist jedoch vor allem eine optimale Abstimmung und Koordination der beteiligten Dienste, da die meisten Maßnahmen kontinuierlich, mindestens aber in Intervallen Anwendung finden müssen, um einen einmal erzielten Behandlungs- oder Stabilisierungserfolg zu sichern. Schließlich muß der Einsatz einzelner Verfahren und ihrer Kombination in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsstadium und vom individuellen Krankheitsverlauf erfolgen.

10.4

Nach dem Recht der Pflegeversicherung haben die Pflegekassen bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, daß frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehand-

lung und der Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit haben die Leistungsträger Leistungen zur Rehabilitation in vollem Umfang einzusetzen, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern. Von Pflegebedürftigkeit bedrohte und bereits pflegebedürftige Menschen haben Anspruch auf Maßnahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.

Zur Umsetzung dieser Vorgaben hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Prüfungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – bei der Erstuntersuchung ebenso wie bei den Wiederholungsuntersuchungen – auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen der Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Der Medizinische Dienst hat der Pflegekasse das Ergebnis der Prüfung mitzuteilen und Maßnahmen zur Rehabilitation zu empfehlen; damit erhält die Pflegekasse bei jedem Antrag auf Pflegebedürftigkeit eine Information über die Möglichkeiten der Rehabilitation. Die Pflegekasse hat die vom Medizinischen Dienst empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen auf Notwendigkeit und Zumutbarkeit zu prüfen und das Ergebnis dem zuständigen Träger der Rehabilitation unverzüglich mitzuteilen. Versicherte sind bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Rehabilitation durch die Pflegekasse zu unterstützen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten.

Mit diesen Regelungen ist im Elften Buch Sozialgesetzbuch eine Aufgabe vorgegeben, für deren erfolgreiche Realisierung weitere Anstrengungen erforderlich sind. Im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung machen die Gutachter der Medizinischen Dienste in etwa 20 v. H. der Gutachten Angaben zu möglichen Einzelmaßnahmen der Rehabilitation, zum Beispiel zu Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie. Damit diese Empfehlungen von der Pflegekasse bis hin zu behandelnden Hausärzten umgesetzt werden, sind im einzelnen erforderlich:

- Vereinbarungen zwischen Pflegekassen und Krankenkassen zum Umgang mit den von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung erhobenen Daten zum Rehabilitationsbedarf,
- Vereinbarungen zur Weiterleitung an die Hausärzte und Verordnung entsprechender Maßnahmen im notwendigen Umfang, sowie
- die Entwicklung eines leistungsfähigen ambulanten Rehabilitationsangebotes, das auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen im Hinblick auf Therapiedichte und Mobilität eingeht.

10.5

Stationäre Rehabilitationskuren sind in der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso wie ambulante Rehabilitationskuren Regelleistungen, die von jeder Kasse nach pflichtgemäßem Ermessen erbracht werden. Aus leistungsrechtlicher Sicht ist nicht nach dem Alter der Betroffenen, sondern nach der medizi-

nischen Dringlichkeit zu entscheiden. Die Entscheidung im Einzelfall ist unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vorzunehmen.

Stationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen kommen erst dann in Betracht, wenn die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung und Rehabilitation nicht ausreichend sind; die Krankenkassen können solche Leistungen für stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen erbringen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Möglich sind derartige Einrichtungen als

- eigenständige geriatrische Rehabilitationszentren oder als
- eigenständige geriatrische Rehabilitationsabteilungen in einem Krankenhaus, zum Beispiel durch Umwidmung anderer Betten.

Grundsätzlich sind die Bundesregierung und die Länder bei der Schaffung **geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen** darauf bedacht, daß keine Bettenmehrerungen eintreten. Neben selbständigen geriatrischen Fachabteilungen an größeren Akutkrankenhäusern haben sich in den Krankenhäusern speziell weitergebildete geriatrische Teams bewährt, die beratend und koordinierend in nicht geriatrisch ausgerichteten Akuteinrichtungen tätig werden. Ob durch eine stärker geriatrische Ausrichtung der Medizin zunehmend eine Anpassung aller Krankenhausabteilungen an die Bedürfnisse alter Menschen erfolgen kann in dem Sinne, daß akutgeriatrische und frührehabilitative Behandlung durch jede Krankenhausabteilung geleistet werden kann, erscheint fraglich. Studien in Rheinland-Pfalz zur Versorgung von Schlaganfallpatienten sowie in Schleswig-Holstein zur gezielten geriatrischen Versorgung haben gezeigt, daß Behandlungsdefizite vorhanden sind und der Einsatz geriatrischer Methoden bei durchschnittlichen Betroffenen langfristig gesehen auch finanziell lohnt. Amerikanische wie auch deutsche Studien kommen zu dem Schluß, daß Patienten, die sich einer geriatrischen stationären Rehabilitation unterziehen, kurzfristig zwar mehr Ausgaben verursachen, langfristig jedoch zur Kostenersparnis beitragen, da diese Personen nicht nur länger, sondern auch meist zu Hause leben.

10.6

Bei einer ersten Erhebung der **geriatrischen Versorgungsstrukturen** im April 1993 gab es in Deutschland 84 stationäre geriatrische Einrichtungen sowie 13 Tageskliniken. Im Frühjahr 1997 waren nach einer Umfrage bei den zuständigen Länderministerien 235 stationäre geriatrische Einrichtungen sowie 66 geriatrische Tageskliniken in Betrieb. Als Vorreiter sind hierbei das Saarland, Hamburg und Berlin hervorzuheben; im Bundesschnitt stehen nunmehr etwa 15 geriatrische Betten sowie 1,3 teilstationäre Plätze pro 100 000 Einwohner zur Verfügung. In den kommenden Jahren sollen nach den Planungen der Länder weitere 86 stationäre sowie 87 teilstationäre Einrichtungen hinzukommen; für geriatrische Patienten würden dann etwa 20 Betten sowie etwa 2,7 teilstationäre Plätze pro 100 000 Einwohner zur Verfügung stehen.

Obwohl für die flächendeckende Versorgung mit Rehabilitationseinrichtungen Länder und Rehabilitationsträger zuständig sind, hat die Bundesregierung seit 1988 den Aufbau einer adäquaten geriatrischen Versorgungsstruktur im Rahmen ihres Modellprogrammes zur Förderung von Modelleinrichtungen der medizinischen Rehabilitation unterstützt. Das Förderprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung umfaßt insgesamt 20 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen mit einem Fördervolumen von etwa 300 Mio DM.

An der Versorgung beteiligt sind zusätzlich

- gerontopsychiatrische Abteilungen, überwiegend an Landeskrankenhäusern, mit etwa 14 000 bis 15 000 Betten sowie
- Pflegeheime mit überwiegend hausärztlicher Versorgung (rund 350 000 Betten), wobei für Teilbereiche einiger Pflegeheime Versorgungsverträge den speziellen rehabilitativen Charakter der jeweiligen Einrichtung anerkennen.

Die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ hat in ihrem Zwischenbericht 1994 aktuelle Trends geriatrischer Krankenhausversorgung und Tendenzen geriatrischer Rehabilitation dargestellt. Dabei hat sie Verbesserungen bei der klinischen Versorgung älterer Menschen festgestellt, allerdings auch Defizite in bezug auf differenzierte pflegerische und geriatrisch aktivierende Versorgungsstrukturen sowie auf Nahtlosigkeit der Versorgung in verschiedenen Phasen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, eine häufige Fehlplatzierung Betroffener sowie regionale und sektorale Ungleichgewichte.

10.7

Einige Bundesländer haben **landesspezifische Geriatriepläne** aufgestellt, um die Versorgung zu sichern. Beispielsweise hat Baden-Württemberg durch Einrichtung von Geriatrischen Schwerpunkten in jeweils einem Krankenhaus der Städte und Landkreise die Möglichkeiten von Betreuung und Rehabilitation alter Menschen verbessert. In zahlreichen Bundesländern sind inzwischen differenzierte Geriatriepläne entwickelt worden; in anderen Geriatriekonzeptionen im Rahmen von Krankenhausplanungen, die den Rahmen für Investitionen abstecken. Ein Landes-Geriatriebeirat mit Vertretern von Leistungserbringern, Kommunen, Kirchen, Wissenschaftlern sowie Seniorenorganisationen ist in Sachsen-Anhalt durch die Gesundheitsministerin berufen worden. Er bildet einen Teil des Geriatriekonzepts, das die Vernetzung bestehender Angebote vorantreiben will. In Thüringen wird die stationäre geriatrische Versorgung durch Fachabteilungen und Fachkliniken entsprechend dem Krankenhausplan gesichert; zum qualifizierten Ausbau geriatrischer Kapazitäten in Thüringen trägt die Ernennung eines geriatrischen Landesarztes mit beratender Tätigkeit bei.

Im November 1995 hat die Gesundheitsministerkonferenz Leitlinien zur Weiterentwicklung der medizinischen und sozialen Rehabilitation im Alter beschlossen; dort werden Forderungen für Zugang und Bedarfsplanung, Strukturen geriatrischer Rehabilita-

tion, Steuerung geriatrischer Rehabilitationsleistungen in der Einzelfallversorgung und geriatrische Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Qualitätssicherung vor dem Hintergrund der bisherigen Entwicklung in der geriatrischen Versorgung konkretisiert.

10.8

Zur Entwicklung der **geriatrischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung** haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im März 1995 eine Rahmenkonzeption vorgelegt, die ein abgestuftes, aufeinander abgestimmtes und möglichst wohnortnahes Versorgungssystem ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitationsmaßnahmen definiert. Die Rahmenkonzeption legt Inhalte und Ziele der geriatrischen Rehabilitation fest sowie die in Betracht kommenden Indikationen mit Kriterien für die Eignung der Betroffenen, die erforderlichen Versorgungsstrukturen und die Nachsorge; sie dient dem Ziel, eine bedarfsgerechte, qualitätsorientierte und wirtschaftliche Rehabilitation auf geriatrischem Gebiet zu entwickeln. Die Realisierung muß flexibel erfolgen und strukturellen Besonderheiten Rechnung tragen und insbesondere die Entwicklungen in den Bundesländern einbeziehen. Um eine möglichst hohe Effektivität und Effizienz zu erreichen, muß die geriatrische Rehabilitation eng mit den bestehenden Versorgungsstrukturen der Behandlung und Pflege verzahnt werden.

Außerdem entwickeln die Spitzenverbände der Krankenkassen zur Zeit ein Konzept für den Aufbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation, um für die geriatrische Versorgung Möglichkeiten wohnortnaher ambulanter Rehabilitation verstärkt zu nutzen; diese Form bringt gegenüber der stationären Versorgung zahlreiche Vorteile, insbesondere die Nähe zum sozialen Umfeld sowie eine flexiblere Durchführung und Kostenersparnis. Der Aufbau und Ausbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation erfordert jedoch Kompensationen bei bestehenden Versorgungsstrukturen insbesondere im stationären Bereich. Das ambulante Rehabilitationskonzept soll in Verbindung mit dem entwickelten Assessment zunächst modellhaft erprobt werden.

10.9

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 tat-

sächlich 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 Schlüsselfunktion zu.

Im übrigen haben auch bei der wohnortnahen ambulanten Versorgung die Leistungen qualifizierter nicht-ärztlicher Fachleute besonderes Gewicht. Rehabilitation im Alter stellt grundsätzlich den Anspruch auf Ganzheitlichkeit. Das rehabilitative Bemühen gilt nicht isoliert der Krankheit oder Behinderung, sondern dem kranken oder behinderten alten Menschen in seiner Biographie und jeweiligen Umgebung. Diesem Selbstverständnis muß das Konzept des Rehabilitationsteams Rechnung tragen; dies wiederum setzt geriatrisches Wissen bei den beteiligten Berufsgruppen voraus, das sich nur durch Verankerung entsprechender Inhalte in Aus-, Fort- und Weiterbildung sichern läßt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit eines therapeutischen Teams im fachübergreifenden Dialog verlangt eine enge Abstimmung der Beteiligten und somit ein Umdenken gegenüber den heute vielfach noch vorherrschenden fachabgrenzenden Orientierungen.

10.10

Ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen und mobile ambulante geriatrische Dienste, die eine wohnortnahe Versorgung unter alltäglichen Bedingungen ermöglichen und positive Effekte stationärer Rehabilitationsmaßnahmen sichern helfen, sind derzeit kaum vorhanden; auch geplant sind bisher nur wenige weitere ambulante Einrichtungen.

Verschiedene Modelle ambulanter geriatrischer Rehabilitation werden zur Zeit erprobt; es bedarf noch der Klärung, ob eine organisatorische Anbindung an ambulante Dienste, geriatrische Kliniken oder geriatrische Schwerpunktpraxen am günstigsten ist. Die ambulante mobile Rehabilitation in Bad Kreuznach, die allerdings nicht ausschließlich geriatrisch tätig ist, ist inzwischen in die Regelfinanzierung der Kassen übernommen worden. In jedem Fall sind mobile Angebote geeignet, die Nahtstelle zwischen stationärer und längerfristiger häuslicher Versorgung zu überbrücken. Ein abgestuftes, durchgängiges und transparentes Versorgungsangebot ist eine der wichtigsten Mitvoraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation nach Maß. Es reicht deshalb nicht aus, daß sich Angebote verschiedener Einrichtungen gegenseitig ergänzen; erst eine Vernetzung und Koordination aller beteiligten Dienste kann einen Rehabilitationserfolg langfristig sichern.

10.11

Hierbei kommt dem betreuenden Hausarzt eine ganz besondere Rolle zu. Das Projekt „Ambulantes gerontologisches Team“ in Hamburg setzt deshalb in der Hausarztpraxis an. Es besteht aus einem Hausarzt, mit dessen Hilfe geriatrische Risikopatienten identifiziert werden, sowie einer Begleiterin, die der Arzt

mit Einverständnis der Betroffenen einschaltet und die diese sowie ihre Familien als kontinuierliche Bezugsperson zur Nutzung von Hilfsangeboten berät; zusätzlich sorgt eine Koordinatorin für Transparenz der Hilfsangebote und erleichtert den Zugang. Dieses Team hält regelmäßig Kontakt, erarbeitet einen gemeinsamen Betreuungsplan und führt bei Bedarf gemeinsam mit Betroffenen und Angehörigen Gespräche; auf der anderen Seite kooperiert das Team gezielt mit vorhandenen Gesundheits- und Sozialdiensten und bemüht sich, den Betreuungsplan gemeinsam umzusetzen.

Hilfreich kann auch die Beratung des älteren Menschen und seiner Angehörigen über Beratungs- und Koordinationsstellen sein, die als Anlauf- und Vermittlungsinstanz fungieren und für eine Abstimmung der Hilfsangebote sorgen. Im Modellversuch „Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen“ wurden von 1994 bis 1996 von einem Berliner Altenselbsthilfeträger, dem Sozialwerk Berlin e.V., an je einem Krankenhaus im östlichen und im westlichen Teil Berlins Interventionsmöglichkeiten der Sozialarbeit untersucht und weiterentwickelt mit dem Ziel, nicht erwünschte Heimunterbringungen von älteren Menschen abzuwenden oder zeitlich hinauszuzögern, vor allem in und nach gravierenden gesundheitlichen Lebenskrisen. Für Betroffene zwischen 70 und 85 Jahren mit Oberschenkelhalsbruch, Schlaganfall oder schwerer Herzinsuffizienz erstellte die Beratungseinrichtung Rehabilitationspläne im Sinne eines Case-Managements; dabei konnte nachgewiesen werden, daß Aufwendungen für ein Unterstützungsmanagement durch die Kostenersparnisse sehr schnell ausgeglichen werden.

Das Modell der ambulanten therapeutischen Gemeinschaft, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Förderung ambulanter rehabilitativer Versorgung entwickelt hat, ist ein Beispiel zunehmender Bereitschaft auch der niedergelassenen Ärzte, Koordinations- und Teamaufgaben verstärkt wahrzunehmen; wegen Unstimmigkeiten in Qualifikations- und Vergütungsfragen wird eine Umsetzung aber regional begrenzt sein.

10.12

Darüber hinaus strebt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung an, im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen nach der Einführung der Pflegeversicherung deren Umsetzung durch beispielhafte Vorhaben in allen Leistungsbereichen zu erproben und zu begleiten, insbesondere durch

- Ausbau der pflegerischen Infrastruktur,
- Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Pflege Beteiligten,
- Fortbildung des Pflegepersonals in aktivierender Pflege,
- Behebung spezifischer Pflegedefizite, zum Beispiel durch psychogeriatrische Betreuung verwirrter alter Menschen in Heimen oder durch technischen Wohnungsumbau,

- Beratung der Angehörigen zur Nutzung der Einrichtungen und zur Wahrnehmung ihrer sozialrechtlichen Ansprüche sowie
- Erprobung von Pflegeinfrastruktur.

Das Modellprogramm unterstützt unter anderem die Integration rehabilitativer Hilfen in die Gesamtversorgung durch ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste und Einrichtungen, die Verbesserung der Koordination dieser Dienste und Einrichtungen. In diesem Zusammenhang fördert das Modellprogramm auch Einrichtungen für behinderte Pflegebedürftige. Es handelt sich dabei um Einrichtungen, bei denen die Pflege der Behinderten im Vordergrund der angebotenen Leistungen steht.

10.13

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 schon wichtig, 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 Rehabilitationsleistungen nicht nur im Interesse der Betroffenen liegt, muß bei allen Beteiligten durch Beratungs-, Überzeugungs- und Motivationsarbeit bestärkt oder vermittelt werden. Hierbei können Materialien Einsatz finden, die zum Beispiel aus der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Untersuchung zu Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter hervorgegangen sind.

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. 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. Mit Haushaltsmitteln des Bundes werden überregionale Modell-Bau-Projekte gefördert, die bundesweite Umsetzungsmöglichkeiten für Behinderte im Seniorenalter eröffnen; dabei handelt es sich um spezielle, altersgerechte Hilfsangebote für altgewordene Behinderte.

10.14

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 von 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 Modellverbunds „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 Übergangwohnheim 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 stationärer 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.

10.15

Lange Zeit hatte sich die Frage nach der Gestaltung des **Lebensabends von Menschen mit geistiger Behinderung** nur in Einzelfällen gestellt, da es wegen der „Euthanasie“-Morde in der NS-Zeit und der früher geringeren Lebenserwartung weniger alternde und alte Menschen mit geistiger Behinderung gab. Dank verbesserter medizinischer Vorsorge und Hilfe, umfassender pädagogischer Förderangebote und lebenslanger Begleitung erreichen Menschen mit geistiger Behinderung heute ein nahezu gleichhohes Lebensalter wie die Gesamtbevölkerung. Die Mehrzahl von ihnen wird ihre Eltern überleben. Hier sind die Träger der Behindertenhilfe gefordert, wirksame Hilfen anzubieten.

Dabei unterscheiden sich die Grundbedürfnisse der alten Menschen mit geistiger Behinderung nicht von denen Nichtbehinderter im gleichen Alter; dies sind beispielsweise Anliegen,

- nicht isoliert zu werden,
- in vertrauter Umgebung unter Beibehaltung gewachsener sozialer Beziehungen zu leben,
- Hilfen bei der Tagesstrukturierung und der Gestaltung der Freizeit zu erfahren,
- im Krankheits- oder Pflegefall von vertrauten Mitmenschen betreut zu werden, gegebenenfalls bis zum Sterbebeistand, und
- eine ausreichende wirtschaftliche Grundlage im Alter zu haben.

Da geistig behinderte Mitbürgerinnen und Mitbürger ein Anrecht auf ein menschenwürdiges, möglichst eigenständiges Wohnen inmitten der Gemeinde haben, sind als Voraussetzung gemeindeintegrierte Wohneinrichtungen – kleine pädagogisch betreute und inmitten eines Gemeinwesens liegende Wohnformen mit dem Ziel der sozialen Integration der geistig Behinderten – flächendeckend zu schaffen. Solche Wohneinrichtungen sollten es nach dem Normalisierungsprinzip auch alternden und alten Menschen mit geistiger Behinderung ermöglichen, in ihrer bisherigen Wohnung zu bleiben. Ein Umzug, der aus der gewohnten Umgebung herausführt und damit Freunde und Bekannte zurückläßt, bedeutet gerade für sie eine schwere Belastung. Für alte Menschen mit geistiger Behinderung ist es oft noch viel schwieriger als für ihre nichtbehinderten Altersgenossen, neue Beziehungen aufzubauen und in fremder Umgebung wieder Vertrauen und Sicherheit zu gewinnen. Außerdem müssen die Wohneinrichtungen in der Lage sein, tagsüber – im Rahmen sogenannter tagesstrukturierender Maßnahmen – altersspezifische Angebote zu machen; damit sind die meisten dieser Einrichtungen jedoch noch überfordert, weil sich der Personalschlüssel in den Einrichtungen daran orientiert, daß die Bewohnerinnen und Bewohner tagsüber abwesend sind und beispielsweise in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten.

10.16

Mit der Einführung der Pflegeversicherung stellte sich für pflegebedürftige Behinderte in Einrichtungen die Frage der Abgrenzung der Pflegeversicherungsleistungen zu Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz, konkret: ob die notwendigen Maßnahmen als Eingliederungshilfe oder als Hilfe zur Pflege zu sehen sind. Die Frage wurde in der Weise geregelt, daß die Pflegeversicherung sich mit 10 v. H. des Pfelegesatzes, höchstens 500 DM monatlich, an den Kosten der Unterbringung eines pflegebedürftigen Behinderten in einer vollstationären Einrichtung beteiligt. Diese Regelung sollte der vermehrten Umwidmung und damit verbundenen Umstrukturierung von Behinderteneinrichtungen entgegenwirken, um den in den Einrichtungen der Behindertenhilfe praktizierten und bewährten ganzheitlichen Betreuungsansatz zu erhalten. Allerdings haben diese Leistungen der Pflegeversicherung die Umwandlung von Eingliederungshilfeleistungen in Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht in vollem Umfang verhindert. Das unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit ent-

wickelte Positionspapier schlägt eine pragmatische Lösung vor, die von den Einrichtungsverbänden noch nicht mitgetragen wird. Die Bemühungen um eine befriedigende Lösung müssen daher fortgesetzt werden.

11. Pflege

11.1

Pflegebedürftigkeit ist ein allgemeines Lebensrisiko, für das es trotz der zwischen Pflege und Krankheit oftmals fließenden Grenzen bis 1995 keinen sozialversicherungsrechtlichen Schutz gab. Die mit der Pflege verbundenen Belastungen mußten vielmehr grundsätzlich die Pflegebedürftigen und ihre Familien tragen. Diese Belastungen sind oft so groß, daß sie die individuelle Leistungsfähigkeit überfordern. Veränderungen in den Lebensbedingungen und familiären Beziehungen führen zu einer weiteren Zunahme der Kleinfamilie und der Einpersonenhaushalte; diese Entwicklungen erschweren die häusliche Pflege.

Die Lösung der Pflegeproblematik war im wesentlichen aufgrund folgender Rahmenbedingungen dringlich:

- die unbefriedigende Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Familien,
- die unzureichende Pflegeinfrastruktur, die insbesondere durch ambulante Dienste, Tages- und Kurzzeitpflege ausgebaut werden mußte,
- die bisherige Rechtslage, die nur einzelnen Gruppen von Pflegebedürftigen ausreichende Leistungen eröffnete, die große Zahl der Pflegebedürftigen aber auf die Sozialhilfe und die damit verbundene Einkommens- und Vermögensprüfung verwies, und
- die Zunahme der Zahl älterer Menschen, mit der trotz besserer allgemeiner Lebensbedingungen und immer leistungsfähigerer Medizin auch die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt.

Diese Gegebenheiten führten zu der Forderung nach einer grundlegenden Veränderung und einer umfassenden Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen. In der Regierungserklärung vom Januar 1991 war deshalb angekündigt worden, das Problem der Absicherung bei Pflegebedürftigkeit zu lösen. Erforderlich war ein grundlegender Neuansatz mit einem umfassenden Gesamtkonzept, das neben den erforderlichen Sach- und Geldleistungen auch die pflegerische Infrastruktur mit ihren ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgungseinrichtungen umfaßte und auch den Pflegekräften einen gebührenden Platz einräumte.

11.2

Bei der **Lösung des Pflegeproblems** ging es um die Interessen sehr unterschiedlicher Gruppen der Bevölkerung:

- die 1,7 Mio bereits Pflegebedürftigen,

- die rund 16,5 Mio älteren Mitbürger über 60 sowie die sogenannten „pflegenahen Jahrgänge“, von denen in den nächsten Jahren etwa 1 Mio pflegebedürftig werden dürften,
- die 64 Mio unter 60jährigen, für die der mögliche Eintritt der Pflegebedürftigkeit zwar ganz überwiegend in der Ferne liegt, die aber dennoch Versicherungsschutz benötigen, denn Pflegebedürftigkeit kann – unabhängig vom Alter – jederzeit jeden treffen.

Pflegebedürftigkeit im Kindesalter ist häufig die Folge schwerer, bei der Geburt erlittener Schädigungen. Viele der pflegebedürftigen Kinder haben bei sorgfältiger medizinischer Betreuung heute eine Lebenserwartung von 50 und mehr Jahren. Bei Klein- und Schulkindern sind Unfälle mit schweren Gehirnverletzungen eine häufige Ursache der Pflegebedürftigkeit. Etwa 20 Kinder erleiden täglich Lähmungen oder bleibende Veränderungen der Persönlichkeit als Folge von Verkehrsunfällen. Auch im jungen und mittleren Erwachsenenalter sind Unfälle – besonders Verkehrsunfälle – Ursache von Pflegebedürftigkeit. Im Endstadium der AIDS-Erkrankungen kommt es häufig zu Pflegebedürftigkeit mit Bettlägerigkeit und völliger Hilflosigkeit bei der Essenszubereitung und Körperpflege.

Bei der älteren Generation ab etwa 65 Jahren führen die akut oder chronisch auftretenden Erkrankungen mit einem Teilverlust der Gehirnfunktionen am häufigsten zur Pflegebedürftigkeit.

Der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Altersgruppen beträgt

- 0,5 bis 0,7 v. H. bis zum 60. Lebensjahr,
- 5,0 v. H. vom 60. bis zum 80. Lebensjahr,
- 20 v. H. nach dem 80. Lebensjahr.

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit bleibt also über die ersten Jahrzehnte des Lebens hinweg konstant niedrig und wird ab dem 60. Lebensjahr mit zunehmendem Alter größer:

- 400 000 Pflegebedürftige sind jünger als 60 Jahre;
- 660 000 Pflegebedürftige kommen aus den zahlenmäßig starken Jahrgängen der 60- bis 80jährigen;
- 580 000 der über 80jährigen benötigen Pflege.

11.3

Nach einem Gesetzgebungsverfahren, in dessen Verlauf es zu zwei längeren und schwierigen Vermittlungsverfahren kam, sind die Regelungen zur **Pflegeversicherung** im Elften Buch Sozialgesetzbuch im Januar 1995 **in Kraft getreten**. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden in zwei Stufen eingeführt:

- die Leistungen bei **häuslicher Pflege** ab April 1995 und
- die Leistungen bei **stationärer Pflege** ab Juli 1996.

Die Leistungen in der häuslichen Pflege werden nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt und im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung in Form von Sachleistungen und Geldleistungen erbracht. Die Leistungen zur Pflege betragen monatlich

Leistungen für	Pflegestufe	Sachleistungen bis zu DM	Pflegegeld DM
erheblich Pflegebedürftige	I	750	400
Schwerpflegebedürftige .	II	1 800	800
Schwerstpflegebedürftige	III	2 800	1 300

Für Schwerstpflegebedürftige können in besonderen Härtefällen die Sachleistungen auch bis zu 3 750 DM betragen. Pflegegeld und Sachleistung können auch kombiniert in Anspruch genommen werden.

Bei Verhinderung der Pflegeperson durch Krankheit oder Urlaub übernimmt die Pflegekasse einmal jährlich für vier Wochen die Kosten für eine Ersatzpflegekraft bis zu 2 800 DM. Die Leistungen zur häuslichen Pflege werden abgerundet durch die Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Pflegehilfsmittel, Zuschüsse zu pflegebedingtem Umbau der Wohnung und unentgeltliche Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

In der **privaten Pflegeversicherung** gibt es keine Sachleistungen, sondern nur Geldleistungen; an die Stelle der Sachleistung tritt eine Kostenerstattung, die der Höhe nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung entspricht.

Wer häusliche Pflege leistet, wird in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Beiträge zur Rentenversicherung für die häuslichen Pflegekräfte werden je nach Pflegestufe und Umfang der Pflegetätigkeit in Höhe von 197 bis 693 DM monatlich gezahlt. Mit all diesen Leistungen wird dem **Vorrang der häuslichen Pflege** Rechnung getragen.

11.4

Die Pflegeversicherung stellt bei der Pflegebedürftigkeit auf den Hilfebedarf bei Verrichtungen des täglichen Lebens ab, nicht auf einen allgemeinen Betreuungsbedarf. **Pflegebedürftige** sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Auf Antrag der Versicherten lassen die Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Der Medizinische Dienst untersucht dazu die Pflegebedürftigen in ihrer Wohnung oder im Pflegeheim.

Von den 1,7 Mio Pflegebedürftigen erhalten rund 1,24 Mio Personen ambulante Leistungen; rund 66 000 dieser Leistungsbezieher sind in der privaten Pflegeversicherung abgesichert. Die 1,17 Mio Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung verteilen sich auf die drei Pflegestufen wie folgt:

Pflegestufe	Leistungsempfänger	v.H.
I	523 011	45,6
II	490 401	42,1
III	143 369	12,3

Rund 453 000 Leistungsempfänger erhalten Leistungen für stationäre Pflege; hiervon sind etwa 23 000 Versicherte der privaten Pflegeversicherung. 430 000 sind Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung; hiervon erhalten etwa 50 000 Personen Unterstützungsleistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, 384 562 Personen werden von der Sozialen Pflegeversicherung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen unterstützt, die sich nach den drei Pflegestufen wie folgt aufschlüsseln:

Pflegestufe	Leistungsempfänger	v.H.
I	135 318	31,5
II	179 976	41,9
III	114 522	26,6

11.5

Eine Befragung der Universität Hamburg, die die Akzeptanz der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich untersucht hat, erbrachte folgendes Ergebnis:

- Rund 80 Prozent der Befragten sind der Auffassung, daß für sie die derzeitige Pflegesituation in Ordnung ist; zu diesem Ergebnis hat die Pflegeversicherung erheblich beigetragen.
- 64 Prozent haben angegeben, daß die Pflegeversicherung für sie ein Ansporn ist, die Pflege für Angehörige oder Bekannte zu übernehmen.
- 67 Prozent vertreten die Auffassung, daß die Pflegeversicherung den pflegenden Angehörigen und Bekannten die Anerkennung gibt, die sie verdienen.
- 77 Prozent halten das Verfahren der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst für in Ordnung, und 75 Prozent sind mit dem Begutachtungsergebnis einverstanden.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen, daß mit der Pflegeversicherung der richtige Weg besritten worden ist. Das Ziel der Stabilisierung der häuslichen Pflege wird auch im Urteil der Betroffenen erreicht.

11.6

Mängel gab es vor der Einführung der Pflegeversicherung vor allem bei den ambulanten Diensten sowie der Tages- und Kurzzeitpflege. Der Gesetzentwurf zum Pflege-Versicherungsgesetz weist für 1991 einen Bestand von hundert Tages- und 223 Kurzzeitpflegeeinrichtungen aus; mittlerweile stehen über 6 000 teilstationäre und Kurzzeitpflegeeinrichtungen zur Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und

ihrer pflegenden Angehörigen zur Verfügung. Während es 1992 nur rund 4 000 Sozialstationen gab, sind gegenwärtig gut 11 000 Dienste allein in diesem Bereich tätig.

Die Pflegeversicherung trägt somit zu einer Umgestaltung und Verbesserung der **Infrastruktur** bei. Aus der Sicht der Pflegebedürftigen ist das sehr positiv. Sie finden heute einen ambulanten Pflegedienst viel einfacher als vor der Einführung der Pflegeversicherung. Auch die Aufnahme in ein Pflegeheim nach Wahl stellt in der Regel kein großes Problem mehr dar. Seit es die Pflegeversicherung gibt, wird insgesamt mehr als bisher auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen eingegangen.

Entwickelt hat sich auch das Angebot von **Hospizinitiativen** im ambulanten und teilstationären Bereich mit sechs Tageshospizen. Die gesetzliche Krankenversicherung leistet, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht mehr möglich ist, einen Zuschuß zur stationären oder teilstationären Versorgung in Hospizen. Damit erhalten Schwerstkranke und sterbende Menschen die Möglichkeit, ihren letzten Lebensabschnitt menschenwürdig mit der notwendigen medizinischen Hilfe zu verbringen.

11.7

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung leistet durch ein Modellprogramm sowie ein Investitionshilfeprogramm für die neuen Bundesländer Beiträge zu einer **bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur**:

- Das Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger, das die Umsetzung der Pflegeversicherung vorbereitete und unterstützte, hatte seinen Förderschwerpunkt im teilstationären Bereich und hat dort einen Innovationsschub für Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen ausgelöst. Seit 1991 wurden über 2 000 Kurzzeitpflege- und 1 200 Tagespflegeplätze mit insgesamt über 200 Millionen Mark gefördert; sie haben Vorbildcharakter für den Aufbau eines zunehmend dichteren Netzes, mit dem das Angebot stationärer Einrichtungen bedarfsgerecht ergänzt wird.
- Zur Umsetzung des Investitionshilfeprogramms für die neuen Bundesländer sind derzeit Finanzmittel von rund 5,3 Mrd Mark gebunden, mit denen rund 36 900 vollstationäre Pflegeplätze, rund 1 500 teilstationäre Pflegeplätze und rund 1 000 Kurzzeitpflegeplätze in insgesamt rund 550 Einrichtungen errichtet werden sollen.

11.8

Die Verbesserung der Pflegeinfrastruktur hat dazu beigetragen, ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung zu erreichen, den **Vorrang der ambulanten Versorgung** vor der stationären Heimunterbringung. Die Zahl der Heimunterbringungen sinkt; Wartelisten sind abgebaut, und in einigen Heimen gibt es erstmals seit vielen Jahren freie Pflegebetten. Die Pflegebedürftigen lassen sich länger zu Hause

betreuen; in Bayern liegt das „Eintrittsalter“ in den Heimen bereits bei durchschnittlich 86 Jahren. Damit wird ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung erreicht, daß Betroffene möglichst lange zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung leben und dort gepflegt werden. Zu dieser Entwicklung trägt vor allem die Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch professionelle Pflege bei, durch Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, durch Pflegekurse sowie durch ihre Sicherung in der Renten- und Unfallversicherung.

11.9

Um die Einführung der stationären Pflegeleistungen verwaltungsmäßig zu erleichtern und den einzelnen Pflegebedürftigen Gewißheit über die Höhe ihres Leistungsanspruches zu geben, zahlen die Pflegekassen in der Zeit ab Juli 1996 feste, nach Pflegestufen gestaffelte Beträge für die Grundpflege, die soziale Betreuung und die medizinische Behandlungspflege, und zwar in der Pflegestufe I 2 000 DM, in der Pflegestufe II 2 500 DM, in der Pflegestufe III 2 800 DM und in Härtefällen 3 300 DM monatlich.

Dies sind Pauschalbeträge, die auch dann gezahlt werden, wenn im Einzelfall die pflegebedingten Kosten einschließlich der Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung niedriger liegen. Eine Kürzung erfolgt nur dann, wenn ansonsten der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von weniger als 25 v.H. des gesamten Heimentgelts zu tragen hätte; dies soll dem Grundsatz Rechnung tragen, daß stationär Pflegebedürftige für Unterkunft und Verpflegung selbst aufzukommen haben. Die pauschalen Leistungssätze sind so hoch, daß die Pflegebedürftigen damit entweder alle oder fast alle einschlägigen Kosten abdecken; dies trägt dazu bei, möglichst vielen Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe zu ersparen.

11.10

Etwa 140 000 Behinderte leben in stationären **Einrichtungen der Behindertenhilfe**. Im Vordergrund des Zwecks dieser Einrichtungen steht die Eingliederung; die Pflege hat nur untergeordnete Bedeutung. Deshalb beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Heimkosten pauschal in Höhe von 10 v.H. des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 500 DM monatlich; damit ist eine Regelung gefunden worden, die die Strukturen der Behinderteneinrichtungen berücksichtigt und die Pflegeversicherung mit ihrem begrenzten Finanzvolumen nicht überfordert.

11.11

In die Pflegeversicherung sind auch **geistig Behinderte, psychisch Kranke und Demente** ausreichend einbezogen. Auswertungen der Begutachtungsergebnisse belegen, daß die Regelungen der Pflegeversicherung psychisch Kranke und geistig Behinderte in großem Umfang erreichen; 1996 wurden vor allem im stationären Bereich Anträge dieses Personenkreises in nur etwa sieben Prozent der Fälle abgelehnt. Gerontopsychiatrische Erkrankungen, zum Beispiel

Demenz oder Alzheimersche Erkrankung, stellen in der Pflegestufe II knapp 40 Prozent, in der Pflegestufe III sogar mehr als 40 Prozent der pflegebegründenden Erkrankungen dar.

11.12

Außerdem ist es mit der Pflegeversicherung gelungen, für eine Vielzahl zusätzlicher Arbeitsplätze eine von der breiten Bevölkerung akzeptierte Finanzierung zu schaffen. In allen Arbeitsamtsbezirken brachte der Ausbau der ambulanten Pflegedienste zunehmende Nachfrage vorzugsweise nach examinierten Kranken- und Altenpflegefachkräften. 1993 waren 214 300 festangestellte Vollzeitkräfte in stationären und ambulanten Einrichtungen beschäftigt; 1996 waren es bereits 289 300, was einen Zuwachs von 75 000 Arbeitsplätzen bedeutet. Wegen der demographisch bedingten Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung wird der Personalbedarf sowohl für die stationären Bereiche der Kranken- und Altenpflege als auch für die ambulante Pflege weiter ansteigen; diese Entwicklung wird durch den Trend verstärkt, im Bereich der häuslichen Pflege häufiger Sach- anstatt Geldleistungen in Anspruch zu nehmen.

Auch ein Vergleich mit den Beschäftigtenzahlen der Caritas vor Einführung der Pflegeversicherung am 31. Dezember 1994 und ein Jahr später am 31. Dezember 1995 bestätigt, daß mit den neuen Leistungen der Pflegeversicherung auch neue Arbeitsplätze entstanden sind. Im Vollzeitbereich nahm dort die Beschäftigtenzahl um zwölf Prozent und im Teilzeitbereich um 39 Prozent zu. Insgesamt sind diese Erhebungen ein deutliches Zeichen dafür, daß die Pflegeversicherung den von ihr erwarteten Beschäftigungsimpuls ausgelöst hat.

11.13

Mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung wurde für das Risiko der Pflegebedürftigkeit ein sozialversicherungsrechtliches Sicherungssystem geschaffen, dessen Leistungen den entsprechenden Leistungen der Hilfe zur Pflege des Bundessozialhilfegesetzes vorgehen. Im Bundessozialhilfegesetz wurde ein neuer, mit der Pflegeversicherung (qualitativ) inhaltsgleicher Pflegebegriff geschaffen. Die Pflege wird von beiden Leistungsträgern als aktivierende Pflege verstanden, die darauf ausgerichtet ist, den Pflegezustand des Pflegebedürftigen zu verbessern, indem die Unterstützung, Beaufsichtigung oder Anleitung bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens so zu erbringen sind, daß der Pflegebedürftige seine körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte und Fähigkeiten erhält oder wiedergewinnt.

Sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Pflege gilt: Wenn im Einzelfall Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen und Pflegebedürftige nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflege- und Betreuungsbedarf selbst zu tragen, können zur individuellen Bedarfsdeckung

nach wie vor die **Leistungen der Sozialhilfe** in Anspruch genommen werden. Die Einführung der Pflegeversicherung schließt notwendige Pflege und Betreuungsleistungen durch die Sozialhilfe nicht aus.

In Erweiterung des nach der Pflegeversicherung anspruchsberechtigten Personenkreises sieht das Bundessozialhilfegesetz bei Bedürftigkeit Leistungen auch für Kranke und Behinderte vor, deren pflegerischer Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I liegt.

11.14

Die Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz ist auch nach der Änderung durch das Pflegeversicherungsgesetz so angelegt, daß sie vorrangig die häusliche Pflege dort sicherstellen soll, wo sie fachlich in Betracht kommt. Die Sozialhilfe soll darauf hinwirken, daß die Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Darüber hinaus gilt der grundsätzliche Vorrang der offenen Hilfe für den gesamten Anwendungsbereich des Bundessozialhilfegesetzes, weil ambulante Hilfen oft sachgerechter, menschenwürdiger und kostengünstiger sind. Die erforderliche Hilfe ist daher soweit wie möglich außerhalb von Heimen zu leisten, allerdings nicht, wenn eine geeignete stationäre Hilfe zumutbar und eine ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

Um die Bereitschaft zur häuslichen Pflege zu fördern, ist im Bundessozialhilfegesetz eine Reihe von Leistungen – abgestuft nach der Schwere der Pflege – vorgesehen. In schweren Pflegefällen ist die Zahlung eines Pflegegeldes vorgesehen, das betragsgleich in Höhe des Pflegegeldes der Pflegeversicherung gezahlt wird. Nach einer im Pflegeversicherungsgesetz getroffenen Besitzstandsregelung erhalten Pflegebedürftige das bis zum 31. März 1995 gezahlte Pflegegeld von der Sozialhilfe insoweit weiter, als der bisherige Pflegegeldbetrag die nach dem 1. April 1995 gewährten Sach- und Pflegegeldleistungen übersteigt und die übrigen Leistungsvoraussetzungen nach dem Bundessozialhilfegesetz auch weiterhin erfüllt sind.

Kann die häusliche Pflege im Einzelfall durch Familienangehörige oder andere dem Pflegebedürftigen nahestehende Personen nicht, zeitweise nicht (zum Beispiel wegen Erkrankung oder Urlaub der Pflegeperson) oder nicht in vollem Umfang sichergestellt werden, kommt – gegebenenfalls ergänzend – die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft in Betracht. Für deren Einsatz sind die angemessenen Kosten zu übernehmen, und zwar neben dem Pflegegeld. Das Pflegegeld kann in einem solchen Fall um bis zu zwei Drittel gekürzt werden, so daß dem Pflegebedürftigen ein Betrag von mindestens einem Drittel des Pflegegeldes verbleibt.

11.15

Im Verhältnis zu den vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung sind besonders folgende Leistungen der **Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz** für Pflegebedürftige von Bedeutung:

- Wenn Pflegebedürftige mit hohem Pflegebedarf die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung mit der von der Pflegekasse gewährten (betragsmäßig begrenzten) Pflegesachleistung nicht ausreichend sicherstellen können, tritt die Sozialhilfe bei Bedürftigkeit grundsätzlich mit ergänzenden Sachleistungen bis zur vollen Höhe des Bedarfs ein. Daneben wird von der Sozialhilfe noch das von der Pflegestufe abhängige Pflegegeld in Höhe von mindestens einem Drittel gewährt, wenn neben dem Einsatz besonderer Pflegekräfte auch den Pflegebedürftigen nahestehende Personen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege tätig sind. Nach der Besonderheit des Einzelfalles kann das Pflegegeld bis zur vollen Höhe geleistet werden, wenn es zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegebereitschaft erforderlich ist. Die Sozialhilfe sichert damit in Ergänzung der Pflegeversicherung erforderlichenfalls den gesamten pflegerischen Bedarf der Hilfesuchenden umfassend nach ihren individuellen Verhältnissen ab.
- Wenn Pflegebedürftige ihre Pflege selbst organisieren und zu diesem Zweck für ihre Pflege andere Personen beschäftigen, handelt es sich nach dem Recht der Pflegeversicherung um selbstbeschaffte Pflege, für die die Pflegeversicherung Pflegegeld leistet. Reicht diese Leistung nicht aus, haben Pflegebedürftige auch dann einen Anspruch auf ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz, wenn sie nicht die vorrangige höhere Sachleistung der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige können nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen der Pflegeversicherung verwiesen werden, wenn sie ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. In diesem Falle ist aber das von der Pflegeversicherung anstelle der Pflegesachleistung gezahlte Pflegegeld auf die Leistung des Sozialhilfeträgers voll anzurechnen.
- Für Pflegebedürftige, die nicht den Grad der erheblichen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) erreichen und deswegen keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können, kommen unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz in Betracht, da diese zum Teil bereits bei geringerer Pflegebedürftigkeit einsetzen. Wird in solchen Fällen die häusliche Pflege durch Verwandte, Freunde oder Nachbarn besorgt, sind dem Pflegebedürftigen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen gewährt werden.
- Wenn die Pflege einen Heimaufenthalt erfordert, übernimmt die Sozialhilfe bei Bedürftigkeit die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten. Die Sozialhilfe tritt bei Bedarf mit ergänzenden Leistungen auch ein, wenn die begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung für die Finanzierung der Grundpflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege nicht ausreichen. Nach der Besonderheit des Einzelfalles können Pflegebedürftige unterhalb der Pflegestufe I auch in vollstationären Einrichtungen Hilfe zur Pflege erhalten.

11.16

Die Abhängigkeit von der Sozialhilfe im Pflegefall ist durch die Leistungen der Pflegeversicherung spürbar reduziert worden. Im Bereich der ambulanten Pflege, für den die Sozialhilfeträger vor Einführung der Pflegeversicherung rund 1,6 Mrd DM ausgaben, gibt es nun Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von rund 15 Mrd DM. Bei der ambulanten Pflege wird folglich der weit überwiegende Teil der Pflegebedürftigen von der Sozialhilfe unabhängig.

Im stationären Bereich, wo die Ausgaben der Sozialhilfe vor der Einführung der Pflegeversicherung rund 16 Mrd Mark jährlich betragen, erbringt die Pflegeversicherung Leistungen in Höhe von rund 13 Mrd Mark. Mit diesen Leistungen wird ein Großteil der über 450 000 Pflegebedürftigen in Heimen aus der Abhängigkeit der Sozialhilfe befreit.

Das Statistische Bundesamt hat erste Berechnungen der Entwicklung der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung veröffentlicht. Danach sind 1996 die Ausgaben für die Hilfe zur Pflege gegenüber 1995 um 21,5 v.H. (= 3,8 Mrd Mark) gesunken, während die Ausgaben für Hilfe zum Lebensunterhalt sowie für Eingliederung Behinderter um rund 4,5 v.H. gestiegen sind. Das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik hat ermittelt, daß durch die Pflegeversicherung im Jahr 1997 Einsparungen in Höhe von 10,4 Milliarden Mark bei der Sozialhilfe eintreten. Mit dieser deutlichen Entlastung der Sozialhilfeträger geht einher, daß die Pflegeversicherung das politisch mit ihr verfolgte Ziel erreicht, Pflegebedürftige weitgehend von der Sozialhilfe unabhängig zu machen.

11.17

Mit Assistenzpflegekonzepten wird dem Wunsch behinderter Menschen Rechnung getragen, selbst direkten Einfluß auf die konkrete Ausgestaltung der erforderlichen Hilfe (wie Auswahl der Pflegeperson) zu nehmen. In **Berlin** erhielt die Assistenzpflege, soweit sie durch Vertragspartner von Pflegekassen und Sozialhilfeträger erbracht wird, im Rahmen einer Vereinbarung zwischen dem Träger der Sozialhilfe und den Anbietern ambulanten Pflegeleistungen erstmals eine vertragsrechtliche Grundlage. Als Ziel persönlicher Assistenz wird die eigenständige Gestaltung des Alltags in der eigenen Wohnung oder einer selbstgewählten Umgebung ausgewiesen. Zentrales Element ist das Recht des auf Assistenz angewiesenen Menschen, die Arbeitsinhalte und -umstände zu bestimmen; damit wurde ein Instrument geschaffen, das auf die am individuellen Hilfebedarf orientierte und möglichst eigenständige Organisation der Hilfe zielt.

12. Teilhabe Behinderter am Leben der Gesellschaft insgesamt**12.1**

Die **volle Teilhabe behinderter Menschen am Leben der Gemeinschaft** ist nach wie vor das eigent-

liche Ziel aller – auch bereichs- und fachgebundener – Rehabilitationsmaßnahmen und -hilfen. Integration und Normalisierung sind Konzepte, die sich in allen Lebensbereichen verwirklichen lassen, wenn Bereitschaft besteht, Menschen mit Behinderungen als selbständige, aktive Partner bei der Rehabilitation und in der Gesellschaft zu sehen und Voraussetzungen für ein Höchstmaß an Unabhängigkeit in der eigenen Lebensplanung und -gestaltung zu schaffen.

Die Verankerung des Benachteiligungsverbots zugunsten Behinderter in Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes hat auch insoweit einen gesellschafts- und sozialpolitischen Perspektivenwechsel fortgesetzt und bekräftigt, als diese Teilhabe behinderter Menschen vorrangig nicht als Ergebnis wohlfahrtsstaatlicher Fürsorge, sondern als Ausdruck von Gleichberechtigung und Selbstbestimmung zu verstehen ist. Behinderte Menschen können und wollen ihr Leben selbst planen und aktiv gestalten sowie sich als gleichberechtigte Bürger am gesellschaftlichen Leben beteiligen. Das ist nur in einer Umwelt möglich, die sich einer solchen Teilhabe öffnet; das Verbot der Benachteiligung behinderter Menschen ist daher nicht nur als Umgang mit individuellen Problemen Betroffener, sondern als Frage an das Selbstverständnis der gesamten Gesellschaft zu begreifen.

Andererseits wirft der angesprochene Perspektivenwechsel ein neues Licht auf die Frage, inwieweit die Gesellschaft sich einer Teilhabe behinderter Menschen an der „normalen“ Lebenswirklichkeit nicht nur „öffnet“, sondern in welchem Umfang sie sich darüber hinaus in der Pflicht sieht, mit ihren Ressourcen Behinderten die für eine vollwertige Teilhabe erforderlichen Hilfen zur Verfügung zu stellen. Auf jeden Fall dürfen Hilfen zur Eingliederung und die Forderung nach einem „Leben so normal wie möglich“ 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.

12.2

Die Probleme der **Öffnung der Gesellschaft** insgesamt lassen sich exemplarisch an der Einhaltung gesundheitlicher Versorgungsstandards zeigen, die zum Beispiel für geistig behinderte Menschen in gleicher Weise wie für andere Bürger gelten. Diese Standards werden wegen Struktur- und Kompetenzproblemen sowie Haltungen und Einstellungen von Fachleuten („das ist doch nicht nötig...“) nicht immer eingelöst.

Etwa 80 v.H. der geistig behinderten Menschen leben weitgehend selbständig (mit ambulanter Betreuung) in kleinen, gemeindenahen Wohneinrichtungen oder mit Eltern und sonstigen Angehörigen

außerhalb von großen Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe; daher ist angemessene, dezentralisierte gesundheitliche Versorgung ein gemeinsames Anliegen von Fachleuten und Eltern. Geistige Behinderung ist keine Krankheit, aber die Betroffenen weisen häufig zusätzliche gesundheitliche Risiken und Besonderheiten im Krankheitsverhalten auf; diese werden mit zunehmender Schwere der Behinderungen in der Regel ausgeprägter. Für junge geistig behinderte Menschen stehen fachlich qualifizierte Angebote der Pädiatrie, der ambulanten Frühförderstellen, der Sozialpädiatrischen Zentren, der Neuropädiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie grundsätzlich quantitativ ausreichend zur Verfügung. Im Erwachsenenalter ist das Angebot sowohl in strukturell-organisatorischer als auch in fachlich-inhaltlicher Hinsicht schlechter; außerhalb von Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe bestehen kaum spezialisierte gesundheitliche Versorgungsangebote. Das System der medizinischen Regelversorgung (niedergelassene praktische und Fachärzte, Krankenhäuser sowie andere Gesundheitsberufe) ist häufig nur ungenügend mit gesundheitlichen Besonderheiten geistig Behinderter vertraut oder nicht in der Lage, unter den bestehenden Rahmenbedingungen den Erfordernissen ihrer gesundheitlichen Versorgung Rechnung zu tragen; Menschen mit einer geistigen Behinderung werden zumeist nicht als „normale“ Patienten wahrgenommen, die wie jede andere Person erkranken können oder ein selbstverständliches Recht auf Vorsorgemaßnahmen haben. Bei Aufhalten in allgemeinen Krankenhäusern ist das Personal häufig durch (vermeintliche) besondere Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen verunsichert und kann sich gegenüber diesen Menschen nicht angemessen verhalten; hinzu kommen Zeitprobleme, wenn geistig behinderte Menschen mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit benötigen als nichtbehinderte oder eine Begleitung durch Bezugspersonen (auch über Nacht) notwendig wird.

Die Entwicklungen in der Behindertenhilfe von den großen stationären Hilfeformen zu ambulanten Betreuungsstrukturen verlangen eine adäquate Organisation auch der gesundheitlichen Versorgung im umfassenden Sinne, ausgerichtet am individuellen Bedarf; auch für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen mit einer geistigen Behinderung müssen gesundheitsfördernde und -versorgende Strukturen geschaffen und gesichert werden. Zu fordern ist auch der Einbezug dieser Themen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung medizinischer Berufe. Keinesfalls dürfen diese Menschen wegen vorhandener Mängel im Gesundheitswesen einer Umdefinition ihres Hilfebedarfs in Richtung auf eine Re-Medikalisierung oder Re-Psychiatisierung, am Ende gar in Form von Re-Hospitalisierung, zum Opfer fallen.

12.3

Soweit zur Förderung der allgemein-gesellschaftlichen Integration behinderter Menschen **Sozialleistungen** erforderlich sind, werden diese von verschiedenen Sozialleistungsträgern im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit erbracht, neben der Kriegs-

opferfürsorge, der Unfallversicherung und der Jugendhilfe insbesondere von der Sozialhilfe. Entsprechend dem im Gesetz beispielhaft aufgeführten Leistungskatalog hat die Eingliederungshilfe der Sozialhilfe die umfassende Aufgabe, Behinderte in die Gesellschaft einzugliedern, ihnen also die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und zu erleichtern. Da die Eingliederungshilfe Leistungen nicht nur zur sozialen Eingliederung erbringt, sondern auch zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, soweit die Zuständigkeit vorrangiger Rehabilitationsträger nicht greift, ermöglicht sie auch interdisziplinäre Förderkonzepte, die Behinderten ein Höchstmaß an Förderung zu ihrer Eingliederung in die Gesellschaft bringen.

Hierzu gehört in einer auf das Arbeitsleben orientierten Gesellschaft wie der deutschen vor allem, Behinderten die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen Tätigkeit zu ermöglichen. Dabei hat die Eingliederungshilfe flexiblere und anpassungsfähigere Hilfsmöglichkeiten als die ausschließlich für die berufliche Rehabilitation zuständigen Leistungsträger und kann die Hilfe entsprechend neuen Erkenntnissen und Erfahrungen rasch aktualisieren und entsprechend den Erfordernissen im Einzelfall gestalten. Dadurch wird den behinderten Menschen ein Optimum an möglicher Hilfe zuteil und gleichzeitig die fachliche Weiterentwicklung gefördert.

Die Eingliederungshilfe für Behinderte unterliegt dem Fürsorgeprinzip des Sozialhilferechts, insbesondere dem Nachrang- und Individualisierungsgrundsatz sowie Bedarfsdeckungsprinzip. Allerdings ist das Nachrangprinzip für behinderte Kinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr bei heilpädagogischen Maßnahmen für nichtschulpflichtige Kinder, bei der Hilfe zu einer angemessenen Schul- oder Berufsausbildung oder sonstigen angemessenen Tätigkeit insoweit eingeschränkt, als die Eltern zu den Maßnahmekosten nur in Höhe der häuslichen Ersparnis für den Lebensunterhalt beizutragen haben.

12.4

Für die unterschiedlichen **Maßnahmen der Eingliederungshilfe** für Behinderte zur Integration und Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Mitbürger wurden 1995 insgesamt 13,2 Mrd DM eingesetzt, davon in den alten Ländern 11,2 Mrd DM und in den neuen 1,95 Mrd DM. Im einzelnen handelt es sich um

- ärztliche Behandlungskosten und Hilfsmittel im Rahmen der Eingliederungshilfe,
- heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, unter anderem die von der Sozialhilfe getragenen Kosten der Frühförderung,
- Hilfen zur Schulbildung und zur beruflichen Ausbildung und
- Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte.

**Empfänger von Eingliederungshilfe (mit Mehrfachbenennungen)
im früheren Bundesgebiet des Berichtsjahres**

	1980	1986	1990	1994	1995
außerhalb von Einrichtungen	52 200	52 500	75 100	75 500	85 100
in Einrichtungen	142 600	183 600	215 300	223 800	250 700
insgesamt	194 800	236 100	290 400	297 400	333 800
und zwar:					
ärztliche Behandlung, Hilfsmittel	29 300	27 300	29 700	26 600	33 200
heilpädagogische Maßnahmen für Kinder . . .	20 100	32 500	44 600	51 400	59 900
Hilfe zur Schulbildung	45 300	42 300	44 300	40 300	35 900
Hilfe zur beruflichen Ausbildung	5 300	4 500	5 200	3 600	4 800
Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte	36 100	68 100	88 900	104 100	114 200
sonstige Eingliederungshilfe	62 500	74 100	96 100	89 000	101 800

Die nicht im einzelnen erfaßten Eingliederungsmaßnahmen, zum Beispiel Hilfe zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges oder einer behindertengerechten Wohnung, belaufen sich mit über 5,8 Mrd DM (davon

in den alten Ländern 4,7 Mrd DM, in den neuen 1,1 Mrd DM) auf rund 42 v.H. der gesamten Eingliederungshilfeausgaben.

12.5

**Bruttoausgaben bei der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz
im früheren Bundesgebiet (Mio DM) des Berichtsjahres**

	1980	1986	1990	1994	1995
außerhalb von Einrichtungen	126,1	167,7	280,0	529,2	553,9
in Einrichtungen	2 540,3	4 379,3	6 286,5	10 177,8	10 690,9
insgesamt	2 666,4	4 547,0	6 566,5	10 706,9	11 244,7
und zwar:					
ärztliche Behandlung, Hilfsmittel	291,2	374,7	454,4	597,2	510,4
heilpädagogische Maßnahmen für Kinder . . .	139,8	270,2	430,4	724,3	779,3
Hilfe für Schulausbildung	790,2	880,2	982,6	1 233,5	1 241,5
Hilfe zur beruflichen Ausbildung	116,5	143,1	160,4	238,4	183,2
Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte	546,7	1 307,8	1 991,6	3 362,2	3 604,9
sonstige Eingliederungshilfe	782,0	1 571,0	2 547,1	4 377,9	4 700,9

Die Ausgabensteigerung für die Sozialhilfe in Einrichtungen für Behinderte ab 1990 bis 1995 ist unverkennbar hoch. Die Empfängerzahlen sind nur im Hilfebereich „Schulbildung“ kontinuierlich gesunken.

12.6

In den **neuen Bundesländern** ist das Bundessozialhilfegesetz nach dem Einigungsvertrag 1991 mit einigen einschränkenden Maßgaben in Kraft getreten; von diesen Maßgaben haben noch Bedeutung:

- Gesetzliche Ansprüche sind von den Trägern der Sozialhilfe nur insoweit zu erfüllen, als die im Ein-

zelfall dafür erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen im Beitrittsgebiet vorhanden oder sonst mit den zur Verfügung stehenden Mitteln erreichbar sind.

- die für die Eingliederungshilfeleistungen maßgeblichen Grundbeträge der Einkommensgrenzen werden entsprechend der allgemeinen niederen Einkommenssituation in den neuen Bundesländern jährlich durch eine Rechtsverordnung angepaßt.

Im übrigen haben wesentlich behinderte Menschen in den neuen Bundesländern Anspruch auf dieselben

Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz wie Behinderte in den alten Bundesländern.

12.7

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 1996 auf rund 45 Mio DM.

12.8

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, wenn Versicherte infolge Art oder Schwere des Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen sind, um die Eingliederung in das Berufsleben oder die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Zu den Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung gehört auch die Wohnungshilfe; sie wird erbracht, wenn infolge Art oder Schwere des Gesundheitsschadens oder zur Sicherung der beruflichen Eingliederung nicht nur vorübergehend die behindertengerechte Anpassung vorhandenen oder die Bereitstellung behindertengerechten Wohnraums erforderlich ist. Die Wohnungshilfe umfaßt auch Umzugskosten sowie Kosten für die Bereitstellung von Wohnraum für eine Pflegekraft.

12.9

Um Menschen mit Behinderungen und deren Familien die Teilhabe am Leben der Gesellschaft und ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und selbständiger Lebensführung zu ermöglichen, hat die Landesregierung **Nordrhein-Westfalen** ein Aktionsprogramm zur Integration von Menschen mit Behinderungen „Mit gleichen Chancen leben“ erarbeitet, das voraussichtlich noch 1997 verabschiedet wird. Mit diesem Aktionsprogramm will die Landesregierung ihren Beitrag dazu leisten, Rahmenbedingungen zu verbessern, um größtmögliche Chancengleichheit für Behinderte herzustellen und bestehende Benachteiligungen abzubauen. Das Aktionsprogramm enthält einen Gesamtüberblick über das Engagement und die Vorhaben der Landesregierung zugunsten von Menschen mit Behinderungen; inhaltliche Schwerpunkte sind

- das Festhalten am Ziel der Integration Behinderter in das Berufsleben,
- die Weiterentwicklung ambulanter Dienste und Hilfen,

- Anstrengungen zur barrierefreien Wohn- und Wohnumfeldgestaltung,
- eine behindertengerechte Ausgestaltung des öffentlichen Personennahverkehrs,
- die Weiterentwicklung integrativer Erziehungs- und Bildungsmodelle,
- die Verbesserung und Stärkung der Gesundheitsvorsorge und
- Mitwirkungsmöglichkeiten der Behinderten in sie betreffenden Angelegenheiten.

Diese erstmalig vorliegende Gesamtschau zeigt, daß die Landesregierung Nordrhein-Westfalen mehr als 1 Milliarde DM pro Jahr für die Integration von Menschen mit Behinderungen einsetzt.

12.10

Um die Lebensbedingungen mobilitätseingeschränkter behinderter und älterer Bürger und Bürgerinnen zu verbessern, hat Berlin als komplementäres Angebot der geriatrischen Versorgung die **Berliner Mobilitätshilfedienste** aufgebaut. Diese Dienste sollen mobilitätseingeschränkte behinderte und ältere Bürger und Bürgerinnen außerhalb der eigenen Wohnung aktivieren, begleiten und psychosozial-kommunikativ betreuen; sie sollen den Nutzern die Teilnahme am Leben in der Öffentlichkeit ermöglichen, Vereinsamung und sozialer Isolation entgegenwirken und im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit an Angebote der Sozialstationen oder privater Pflegedienste heranzuführen. Die mit Mitteln des Landes geförderten Dienste und die Vorhaltung einer überbezirklich tätigen Koordinationsstelle garantieren Anleitung, Erfahrungstransfer, Abstimmung und Stabilität innerhalb des Gesamtsystems und gewährleisten die Aufrechterhaltung eines Kernangebots.

12.11

Bei der Eingliederung behinderter Menschen in die Gesellschaft gewinnt auch außerhalb medizinischer Zielsetzungen die Ausstattung mit technischen Hilfen zunehmend an Bedeutung. Technische Hilfen ermöglichen vielfach einen vollen oder teilweisen Ausgleich oder eine Erleichterung der Behinderung. Oftmals sind diese Hilfen notwendige Voraussetzung für die Integration der Behinderten in ihr soziales Umfeld; verschiedene Informationssammlungen tragen dazu bei, die Überschaubarkeit des Angebots zu erhöhen, und arbeiten mit REHADAT zusammen, die als übergreifende Datenbank die einschlägigen Informationen umfassend dokumentiert.

12.12

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 steuerliche Erleichterungen dem Ausgleich typischer finanzieller Mehraufwendungen, die mit einer Behinderung verbunden sein können,
- werden Schriftstücke in Blindenschrift von der Post 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.

12.13

Für eine Reihe von sensorisch behinderten Menschen reichen die 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, zum Beispiel für hörgeschädigte Menschen. Demgegenüber ist anzustreben, die Kommunikationssysteme so auszustatten, daß alle Konsumenten diese nutzen können. Hinsichtlich der Einblendung von Gebärdensprachdolmetschern in Fernsehsendungen hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Fernsehanstalten gebeten, zumindest die Hauptnachrichtensendungen und aktuellen Magazine durch Gebärdensprachdolmetscher zu übersetzen. Im übrigen haben weder der Bund noch die Länder die Möglichkeit, auf die Programmgestaltung der Fernsehanstalten Einfluß zu nehmen. Die Veranstalter haben sich allerdings im Rahmen ihrer Informationspflicht darum zu bemühen, bestehende Kommunikationssysteme so zu gestalten, daß möglichst alle Konsumenten Zugang haben können, und die vielfältigen, häufig gegensätzlichen Bedürfnisse und Interessen der einzelnen Zuschauergruppen verantwortungsbewußt gegeneinander abzuwägen.

Unter dem Stichwort „Neue Medien“ hat sich in den letzten Jahren eine Entwicklung vollzogen, die behinderten Menschen neue Perspektiven eröffnen könnte, sowohl Zugang zu Informationen als auch zu neuen Kommunikationsmöglichkeiten zu erhalten. Allerdings bedarf es dazu der Berücksichtigung der Bedürfnisse insbesondere der sensorisch behinderten Menschen, die diese Medien nicht ohne entsprechende Anpassungen nutzen können; bei Multimediaanwendungen und Angeboten von Informationen aus dem INTERNET werden diese Belange noch nicht ausreichend berücksichtigt. Anpassungsmaßnahmen könnten auch Perspektiven für Telearbeit

eröffnen, die dadurch einem größeren Personenkreis behinderter Menschen zugänglich gemacht werden könnte.

12.14

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. Die Vereinten Nationen haben in den „Standardrichtlinien zur Verwirklichung von Chancengleichheit für behinderte Menschen“ vom Dezember 1993 empfohlen, die Gebärdensprache in der Erziehung und Bildung gehörloser Kinder und ihrer Familien und Gemeinschaften einzusetzen.

Die Ministerpräsidenten der Länder haben sich im März 1997 grundsätzlich für die weitere schrittweise Umsetzung der Entschließung des Europäischen Parlaments zur Gebärdensprache der Gehörlosen von 1988 in der Bundesrepublik Deutschland ausgesprochen. Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz hat im September 1997 einen Bericht über den derzeitigen Sachstand, geplante Maßnahmen und Probleme bei der Umsetzung der Entschließung des Europäischen Parlaments vorgelegt.

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; dies hat im übrigen auch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz sowohl im November 1996 beschlossen als auch im Oktober 1997 erneut bestätigt.

Die Bemühungen der Betroffenen, ihre Sprache in allen gesellschaftlichen Bereichen zur Verbesserung der Kommunikation einzubringen, sind grundsätzlich zu unterstützen. Die Bundesregierung konzentriert sich auf die Unterstützung von Maßnahmen, die geeignet sind, gehörlosen Menschen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu sichern. So fördert die Bundesregierung mit erheblichem Mitteleinsatz Forschungsprojekte, die zur Verbesserung der kommunikativen Situation – vor allem in Ausbildung und Beruf – beitragen sollen. Hierzu gehört auch die Erforschung der in Deutschland gebräuchlichen Gebärden und ihre Erfassung.

Im übrigen hat das Europäische Parlament zur Umsetzung der Entschließung von 1988 für die Jahre 1996/97 ein Gebärdensprachprojekt mit dem Ziel beschlossen, konkrete Vorschläge zu erarbeiten, die geeignet sind, die Gebärdensprache als offizielle Sprache gehörloser Menschen auf allen Ebenen in Europa einzuführen. Grundlage dafür bildet zunächst eine

Analyse des Status der Gebärdensprache und der Situation gehörloser Menschen in den Mitgliedsstaaten.

12.15

Bereits heute ist bei der Verhandlung mit gehörlosen oder sprachbehinderten Personen vor Gericht, sofern nicht eine schriftliche Verständigung erfolgt, eine Person als Dolmetscher hinzuzuziehen, mit deren Hilfe die Verständigung in anderer Weise erfolgen kann. Gleiches gilt auch für Schwerhörige, die nicht mehr unmittelbar verstehen können. Nach dem Gerichtsverfassungsgesetz hat das Gericht zunächst solche Maßnahmen zu wählen, die eine unmittelbare Verständigung mit einem tauben oder schwerhörigen Verfahrensbeteiligten ermöglichen. Nur wenn eine unmittelbare Verständigung mit zumutbarem Aufwand nicht möglich ist, ist ein Dolmetscher einzusetzen. Als Dolmetscher im Sinne der Vorschrift kommt jede geeignete Person in Betracht; dazu gehören auch Personen, die sich mit tauben oder schwerhörigen Verfahrensbeteiligten durch Gebärdensprache verständigen können. Diese Regelungen gelten im Ergebnis in allen Gerichtszweigen und werden auch im Verwaltungsverfahren entsprechend angewandt.

12.16

Gehörlose haben im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz Anspruch auf Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt. Bedürfen zum Beispiel Gehörlose und andere Personen mit besonders starker Beeinträchtigung der Hör- oder Sprachfähigkeit aus besonderem Anlaß, vor allem im Verkehr mit Behörden, zur Verständigung mit der Umwelt der Hilfe eines anderen, sind ihnen die angemessenen Aufwendungen hierfür zu erstatten. Soweit der Behinderte diese Hilfen nicht von anderen Sozialleistungsträgern erhält und ihm aufgrund seiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist, werden diese Kosten im Rahmen der Einzelantragprüfung vom Träger der Sozialhilfe übernommen.

Was die immer wieder auftretende Forderung nach einem generellen Anspruch auf öffentliche Finanzierung von Gebärdensprachdolmetschern angeht, so werden Leistungen zur Rehabilitation nur in dem Umfange erbracht, wie dies notwendig ist, um Behinderten und von Behinderung Bedrohten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu sichern; die Leistungen bemessen sich stets am individuellen Bedarf und den individuellen Verhältnissen. Eine gesetzliche Regelung, die Gehörlosen allein wegen ihrer Gehörlosigkeit einen generellen Anspruch auf Gebärdensprachdolmetschereinsätze einräumen würde, kann folglich nicht in Betracht gezogen werden, zumal Gehörlosen vielfach auch andere Formen der Kommunikation zugänglich sind.

Für die Ausbildung in der Gebärdensprache sowie für die Aus- und Weiterbildung der Lehrer für die Gebärdensprache sind die Länder zuständig. Ein Modellvorhaben an der Universität Hamburg mit

dem Ziel, einen sprachwissenschaftlichen Studiengang sowie eine berufsqualifizierende wissenschaftliche Ausbildung von Gebärdensprachdolmetschern zu entwickeln und zu erproben, ist erfolgreich abgeschlossen worden; es bleibt abzuwarten, ob die Ergebnisse von den Ländern übernommen werden.

12.17

Sport ist bei der Gestaltung der Freizeit Behinderter auch unter integrativen Gesichtspunkten besonders wichtig. Im Behindertensport ist zwischen dem Leistungssport, dem Rehabilitationssport, zu dem auch die Versehrtenleibesübungen gehören, und dem Breitensport, zu unterscheiden. Der Behindertensport wird von behinderten Menschen in ihrer Freizeit ausgeübt; er wird von Ärzten überwacht und von besonders ausgebildeten Übungsleitern betreut und begleitet.

Der Breitensport behinderter Menschen wird aus Freude an der Bewegung ausgeübt, er erhält und stärkt die Gesundheit, fördert persönliche Beziehungen und gewährleistet bleibende gesellschaftliche Integration. Die Angebote an Sportarten und -disziplinen im Breitensport müssen auf die Funktionsstörungen abgestellt sein. Leistungssport Behinderter bietet die große Chance, ohne eine die Gesundheit gefährdende Überforderung, ohne Einsatz von leistungssteigernden Pharmaka, ohne Beschneidung der Einzelinitiative und Handlungsfreiheit des behinderten Menschen Beispiel für den gesamten Sport und ethischen Wert sportlicher Betätigung zu geben.

Seit den 50er Jahren ist im Behindertensport insgesamt ein kräftiger Zuwachs zu verzeichnen; während zu Beginn des Jahres 1957 rund 13 100 Behinderte – vornehmlich Kriegsbeschädigte – in 385 Versehrten-sportgruppen organisiert waren, stieg diese Zahl bis Ende 1996 auf 263 889 in 2 969 Vereinen. 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 Versehrten-sportgemeinschaften 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
1994	11	89	54	40	6
1996	9	91	53	41	6

12.18

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.

12.19

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 264 000 Mitgliedern), im Deutschen Gehörlosen-Sportverband (mit rund 12 500 Mitgliedern) und im Deutschen Blinden-Schachbund (mit rund 600 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.

Auch geistig behinderte Menschen werden von den Behinderten-Sportgemeinschaften des deutschen Behinderten-Sportverbandes in regelmäßig stattfindenden Übungsveranstaltungen betreut. Dieses regelmäßige Sporttreiben wird durch ein besonderes Veranstaltungsprogramm von Special Olympics ergänzt.

12.20

Die Mittel für den **leistungsbezogenen Behindertensport** wurden seit 1988 mehr als verdoppelt und betragen 1997 5,3 Mio DM. Mit diesen Mitteln werden unter anderem gefördert:

- Wettkämpfe auf nationaler und internationaler Ebene,
- Trainingslehrgänge,
- Entsendung der Mannschaften des Deutschen Behinderten-Sportverbands zu den Paralympics und des Deutschen Gehörlosen-Sportverbandes zu den Weltspielen der Gehörlosen,

- Beschäftigung nebenamtlicher Trainer und Übungsleiter sowie hauptamtlicher Mitarbeiter beim Deutschen Behinderten-Sportverband und Deutschen Gehörlosen-Sportverband (unter anderem 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 mit dem Silbernen Lorbeerblatt, der höchsten Auszeichnung für sportliche Leistungen, durch den Bundespräsidenten tragen zur Anerkennung ihrer sportlichen Leistungen und damit zur gesellschaftlichen Anerkennung behinderter Menschen insgesamt bei.

Zur Verbesserung der sozialen und leistungssportlichen Betreuung sollen die Olympiastützpunkte für Behindertensportler geöffnet werden. Eine entsprechende Konzeption befindet sich in der Abstimmung zwischen den Beteiligten. Das Internationale Paralympische Komitee wird zukünftig seinen Sitz in Bonn nehmen; die Bundesregierung verspricht sich davon einen enormen Anschlag für den Behindertensport in Deutschland.

In der Vergangenheit war die Teilnahme geistig behinderter Menschen an den Paralympics ausgeschlossen. Der Deutsche Behinderten-Sportverband und die Bundesvereinigung Lebenshilfe sind der Überzeugung, daß auch Menschen mit geistiger Behinderung eine Teilnahmeberechtigung bei den Paralympics haben müssen. Bei den Winterparalympics in Nagano 1998 haben geistig behinderte Sportler die Möglichkeit, an Disziplinen im nordischen Skilauf teilzunehmen. Bei den Sommerparalympics 2000 in Sydney werden für geistig Behinderte, wenn auch nicht alle Disziplinen, so jedoch ein weites Spektrum an Disziplinen in das Programm mit aufgenommen.

12.21

Freie Zeit am Feierabend oder am Wochenende bietet auch für 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.

12.22

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 Gesundheit fördert eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfegruppen und -organisationen, um so auf breiter Basis die Einsicht in die Notwendigkeit behindertengerechter Urlaubsangebote im Rahmen der üblichen, breitgefächerten Angebote für alle zu fördern. Unterstützt werden vor allem Veranstaltungen und Veröffentlichungen, die behinderte Menschen ermutigen, individuelle Urlaubspläne zu realisieren; Anbieter sowie Hersteller von Transportmitteln werden über notwendige Maßnahmen informiert, mit deren Hilfe behinderte Menschen in die Lage versetzt werden, bestimmte Angebote zu nutzen.

12.23

Zum Thema „**Tourismus für Behinderte**“ ist im November 1996 ein Forschungsvorhaben angelaufen, mit dem Bundestagsbeschlüsse vom Oktober 1990 (zu Bundestags-Drucksache 11/8213 – neu –) und Juni 1994 (zu Bundestags-Drucksache 12/7993) umgesetzt werden. Die drei Teilprojekte werden jeweils von den fachlich zuständigen Bundesministerien (für Gesundheit, für Verkehr und für Wirtschaft) betreut; das Gesamtprojekt wird durch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten koordiniert. Das Vorhaben ermittelt die Bedürfnisstruktur behinderter Menschen in bezug auf Reisen und beschreibt bestehende Erschwernisse; daneben wird eine Anleitung für die Angebotsplanung und -umsetzung sowie für die zugehörige Öffentlichkeitsarbeit für Ferien- und Geschäftsreisen behinderter Menschen entwickelt. Schließlich wird ein Handbuch zusammengestellt, in dem die bestehenden Richtlinien und Normen sowie praxisbewährte Beispiele enthalten sein werden, die eine behindertengerechte Ausstattung von Verkehrsmitteln, Verkehrsanlagen, Hotels, öffentlichen Gebäuden und Freizeiteinrichtungen betreffen; das Handbuch soll als Arbeitshilfe bei der Planung sowie beim Bau und Umbau dienen. Mit ersten Ergebnissen ist 1998 zu rechnen. Vertreter von Behindertenverbänden sind in den forschungsbegleitenden Ausschuß einbezogen; dadurch ist eine enge Zusammenarbeit mit den am Projekt beteiligten Forschungsinstituten gewährleistet.

12.24

Mit der Gründung der „Nationalen Koordinationsstelle Tourismus für Menschen mit Behinderungen – Tourism for all“ ist es gelungen, alle relevanten Behindertenverbände zusammenzuführen, um die Situation behinderter Menschen im Tourismus zu diskutieren und Lösungsmöglichkeiten für deren Probleme zu erarbeiten. Weitere Aktivitäten der Nationalen Koordinationsstelle sind vorgesehen im Bereich der Ausbildung von Tourismusfachkräften, um diese Multiplikatoren für das Thema und die Bedürfnisse behinderter Menschen zu sensibilisieren. Hier

wird es aber ohne Unterstützung durch die Politik nur schwer möglich sein, Verbesserungen in diesem Bereich zu erreichen. Auch die Tourismusindustrie ist dazu aufgerufen, die Arbeit der Koordinationsstelle zu unterstützen und gemeinsam mit den Betrieben zu versuchen, die freie Wahl des Angebots auch für behinderte Reisende zu gewährleisten.

12.25

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, Senioren, Frauen und Jugend 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 anderen 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; eine dieser Familienferienstätten wird derzeit speziell für Familien mit behinderten Angehörigen am Arendsee ausgebaut und widmet sich gezielt der Integration von Behinderten und Nichtbehinderten.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gibt auch einen Katalog „Familienferien“ in hoher Auflage heraus, der über die Familienferienstätten und deren behindertengerechte Ausstattung informiert.

Viele Werkstätten für Behinderte im Bundesgebiet führen mit den und für die Behinderten zum Teil mehrwöchige Ferienfreizeiten durch. Diese Maßnahmen werden häufig aus Spenden finanziert. Darüber hinaus leisten etliche Sozialhilfeträger für diese Ferienfreizeiten einen pauschalen Kostenteilersatz.

In Nordrhein-Westfalen werden den Wohlfahrtsverbänden für Freizeit- und Erholungsmaßnahmen für behinderte Kinder und Erwachsene Landesmittel zur Verfügung gestellt. In den vergangenen Jahren konnten damit Maßnahmen für etwa 6000 behinderte Kinder und 8000 behinderte Erwachsene aus Landesmitteln bezuschußt werden. Bei der Förderung von Familienerholungsmaßnahmen erhalten behinderte Kinder einen erhöhten Zuschußbetrag. Jährlich konnten etwa 300 Familien mit behinderten Kindern bei der Förderung berücksichtigt werden.

12.26

Die Tätigkeit von **Selbsthilfeorganisationen** der Behinderten ist eine wichtige und förderungswürdige, vielfach zur eigenverantwortlichen Mitwirkung und zur vollen Wahrnehmung der Interessen der Betroffenen notwendige Ergänzung des bestehenden Systems von Sozialleistungen und sonstigen extern organisierten Hilfen. Auch Menschen mit einer geistigen Behinderung beginnen, sich zu Selbsthilfegruppen zusammenzuschließen, und haben im Dezember 1996 ihr erstes Bundestreffen durchgeführt. Um diese Entwicklung zu unterstützen, fördert die Bundesregierung ab 1997 ein vierjähriges Modellprojekt zur Selbstorganisation und Selbstvertretung von Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Zentrale Vereinigungen der Behindertenhilfe, die auf Bundesebene tätig sind, werden durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Die Förderung umfaßt neben der laufenden Verbands- und Beratungsarbeit auch eine Vielzahl von Projekten wie Seminare, Arbeitstagungen, Kongresse, Informationsmaterialien und Dokumentationen.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Integrationsprozeß behinderter Kinder und Jugendlicher aus Mitteln des Bundes durch befristete projektbezogene und vorrangig integrative Projektarbeit bundeszentraler Träger der Jugendhilfe, Jugendverbände und von Zusammenschlüssen von Initiativen, die bundesweit tätig sind.

Junge Behinderte werden durch Angebote der Begegnung und des gemeinsamen sozialen Lernens von Behinderten und Nichtbehinderten, durch Einbeziehung in die Jugendarbeit sowie durch das Engagement von Selbsthilfegruppen und -verbänden in der Entfaltung ihrer Persönlichkeit gefördert und zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und zur Übernahme sozialer Verantwortung befähigt. Dabei werden Fähigkeiten und Möglichkeiten junger Behinderter, ihr Leben selbst zu gestalten und Mobilität und Kommunikation weiter zu entwickeln, gestärkt.

12.27

Die in Deutschland lebenden **ausländischen Behinderten** haben grundsätzlich die gleichen Schwierigkeiten wie deutsche Behinderte zu bewältigen, sind aber darüber hinaus durch ausländerrechtliche Probleme, sprachliche Schwierigkeiten und Vorbehalte, die der ausländischen Bevölkerung teilweise immer noch entgegengebracht werden, zusätzlich belastet. Mangelnde Information, insbesondere bei der ersten Ausländergeneration, über das deutsche Gesundheitswesen sowie über Möglichkeiten der Prävention und Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen erschweren eine frühe und damit rechtzeitige Förderung und führen nicht selten zu irreversiblen gesundheitlichen Schädigungen. Besonders schwangere Frauen islamischer Tradition scheuen sich, deutsche Ärzte aufzusuchen, und haben daher große Defizite an Informationen zum Beispiel zu gesunder Lebensführung und zum Sinn der Früherkennungsuntersuchungen; großen Bedarf an Schwanger-

schafts-, Mutterschafts- sowie umfassender Ernährungs-, Entwicklungs- und Sozialberatung geben ausländische Frauen aber generell an. Behinderungen werden oft erst spät, bei Kindern beispielsweise im Rahmen der Einschulungsuntersuchung, entdeckt; kostbare Zeit für die Frühförderung geht so verloren.

Nicht wenige in Deutschland lebende Ausländer haben erhebliche Sprach- und Kommunikationsprobleme; daraus folgende Unsicherheiten im Umgang mit Behörden, Anträgen, Beratungsstellen, Förderinstitutionen und Interessengemeinschaften beeinträchtigen oder verhindern die Inanspruchnahme institutioneller Hilfe zur Rehabilitation und Eingliederung Behinderter, aber auch Kontakte mit Selbsthilfeorganisationen. Bis vor kurzem konnten ausländische Kinder mit bestimmten Behinderungen keine unbefristete Aufenthaltserlaubnis erhalten, weil sie aufgrund ihrer Behinderung die Voraussetzungen des Ausländergesetzes – deutsche Sprachkenntnisse und Schulbesuch – nicht erfüllen konnten; dies ist im Zuge der Novellierung des Ausländergesetzes geändert worden.

Selbst wenn die deutsche Sprache als Verkehrssprache weitgehend beherrscht wird, reichen die Kenntnisse oft nicht aus, um komplizierte Sachverhalte zu verstehen oder zu erklären. Informationsschriften zum Beispiel 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 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. Ausländische Behinderte nutzen bestehende Selbsthilfegruppen bisher nur selten; daß jedoch ein Bedarf besteht, zeigt die Gründung einzelner Selbsthilfegruppen durch Migrantinnen und Migranten, die rege Beteiligung finden, beispielsweise in Nürnberg oder Bremen.

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 – neben der Gebärdensprache – in einer der beiden Lautsprachen eine wichtige Rolle spielt. Pädagogische Förderung findet auch sonst häufig nicht im Elternhaus oder im Kindergarten 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.

12.28

Insgesamt ist der Anteil von Schwerbehinderten in der ausländischen Bevölkerung in Deutschland kleiner als in der deutschen Bevölkerung, da der Anteil von Älteren und Alten an der ausländischen Bevölkerung noch sehr gering ist; 1995 waren 2,5 v. H. der Ausländer Schwerbehinderte. Bei der Art der Behinderungen sind zwischen der deutschen und der ausländischen Bevölkerung dagegen nur geringfügige Unterschiede festzustellen. Chronische Krankheiten oder Behinderungen stehen bei ausländischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern häufig im direkten Zusammenhang mit den Bedingungen am Arbeitsplatz. Ausländische Männer sind beispielsweise im Ruhrgebiet oft in gesundheitlich belastenden Berufen tätig; sie sind häufiger als Deutsche an Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund eines Arbeitsunfalls beteiligt. Insgesamt nehmen aber ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer deutlich seltener an Rehabilitationsmaßnahmen teil.

Ausländische Frauen sind seltener schwerbehindert als deutsche Frauen; der Grund dafür dürfte vor allem darin liegen, daß die Erwerbsquote bei ausländischen Frauen mit 35,5 v. H. sehr niedrig ist.

Aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Migrantinnen und Migrantinnen bestimmter Staatsangehörigkeit haben unter Umständen die Möglichkeit, bei der Rückkehr in ihr Herkunftsland ihre Rentenanteile zu kapitalisieren. Die Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme schränkt diese Möglichkeit ein; Beiträge, die vor der Inanspruchnahme der Maßnahme geleistet wurden, werden nicht zurückerstattet. Dies kann dazu führen, daß aus medizinischer Sicht notwendige Rehabilitationsmaßnahmen von Betroffenen abgelehnt werden.

Um die Datenlage zu verbessern, werden in Nordrhein-Westfalen Untersuchungen durchgeführt

- zur Erkundung der Ursachen für die besondere Gefährdung von ausländischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern am Arbeitsplatz und, wenn nötig, zur Verbesserung von Arbeitsschutzmaßnahmen,
- zur besonderen Bedarfslage behinderter Ausländerinnen und Ausländer sowie zu Handlungsansätzen zu deren beruflicher und sozialer Rehabilitation,
- zur Entstehung von Behinderungen bei ausländischen Kindern und Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Nutzung präventiver Angebote.

13. Aus- und Fortbildung von Fachkräften**13.1**

Wirksame Rehabilitationsarbeit setzt voraus, daß die mit ihr betrauten Personen für diese Aufgabe qualifiziert sind. Neben der notwendigen **Eingangszertifizierung** 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 den letzten Jahren deutlicher ins Bewußtsein gerückten Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege.

Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen in unserer Gesellschaft können jedoch nicht wirklich gelingen, wenn diese Aufgaben ausschließlich aus professionellem Selbstverständnis heraus verstanden und bewältigt würden. Zum einen ist Integration Behindertener in die Gesellschaft nur möglich, wenn grundsätzlich jedermann als kompetent anzusehen ist, mit Behinderten umzugehen, nicht nur ausgebildete Fachkräfte; zum anderen dürfen professionelles Selbstverständnis und Handeln behinderte Menschen nie als Objekte betrachten, sondern als grundsätzlich selbstverantwortliche und in aller Regel kompetente Partner. Wichtig ist daher, daß **Selbsthilfeverbände** von Behinderten ihren Sachverstand bei der Qualifizierung der Rehabilitationsfachkräfte einbringen; mit deren Berufsverbänden bei Fortbildungsmaßnahmen zusammenzuwirken, trägt auch zur Schulung eigener Ansprechpartner innerhalb der Behindertenorganisationen bei.

13.2

Ärzte sind in aller Regel erste Anlaufstelle, wenn medizinische, berufliche oder soziale Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich werden. Für sie ist bei der Rehabilitation behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen das Ziel besonders wichtig, neben der Krankheit deren negative Folgen zu bewältigen, vor allem Funktions- und Fähigkeitsstörungen, die die Leistungsfähigkeit und die Wahrnehmung sozialer und beruflicher Rollen beeinträchtigen; außerdem müssen sie beachten, daß chronische Erkrankungen unterschiedlichen Einflüssen unterliegen und ihre Behandlung zumeist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.

Um Ärzte für diese Aufgaben zu qualifizieren, ist die Rehabilitation nach den Vorgaben der Approbationsordnung für **Ärzte** Gegenstand der ärztlichen Ausbildung. Soweit es um die Festlegung von Ausbildungsinhalten geht, sind die Möglichkeiten des Bundes beschränkt; beispielsweise sind in der Approbationsordnung für Ärzte die Ausbildungsinhalte nicht im einzelnen geregelt. Der Bund kann nur auf die Inhalte der Ausbildung über die Prüfungstoffkataloge für die schriftlichen Prüfungen, die Beschreibung der Gegenstände der mündlichen Prüfungen, die Festlegung von Pflichtunterrichtsveranstaltungen sowie die Ausbildungszieldefinition Einfluß nehmen; allerdings ist davon auszugehen, daß der vom Gesetzgeber festgelegte Prüfungstoff gelehrt wird. Im Rahmen der Reform der ärztlichen Ausbildung, die derzeit in Vorbereitung ist, soll die fächerübergreifende Vermittlung des Unterrichtsstoffes verstärkt werden; dies würde sich positiv auch auf die Ausbildung in der Rehabilitation auswirken, da gerade hier der fächerübergreifende Ansatz eine große Rolle spielt.

In der durch die Siebente Änderungsverordnung in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommenen Ausbildungszieldefinition ist die Vermittlung von Kenntnissen in der Rehabilitation unter Berücksichtigung der psychischen und sozialen Lage der Patienten als Ziel der ärztlichen Ausbildung ausdrücklich genannt. Zudem sind Fragen der Rehabilitation Gegenstand des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung; der Prüfungsstoffkatalog enthält für den schriftlichen Teil dieser Prüfung unter anderem das Thema „Ärztliche Aspekte der Rehabilitation Behinderter bei medizinischer, pädagogischer, sozialer und beruflicher Ein- und Wiedereingliederung in Gesellschaft, Familie, Schule und Arbeit“. Die Prüflinge sollen nachweisen, daß sie die Grundlagen und Grundkenntnisse der Rehabilitation beherrschen.

13.3

Da sich die Ausbildung der Ärzte bisher im wesentlichen an den Erfordernissen der Akutmedizin orientierte und Ärzten damit oft rehabilitationsspezifisches Wissen fehlt, hat der Ärztetag 1992 die Weiterbildungsordnung für Ärzte um die **Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“** und die Einführung einer **Gebietsbezeichnung „Physikalische und rehabilitative Medizin“** ergänzt. Mit der Aufnahme des Komplexes „Rehabilitationswesen“ sollen Ärzte Kenntnisse und Fähigkeiten erlernen und einüben, die als Spezifikum der Rehabilitation mit ihren Verknüpfungen zum psychologischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Bereich anzusehen sind. Durch die Weiterbildung im Bereich „Rehabilitationswesen“ soll vor allem die Koordinationskompetenz des Arztes im gesamten Feld der Rehabilitation, also nicht nur in der medizinischen, sondern auch in der beruflichen und sozialen Rehabilitation gestärkt werden. Nach umfangreichen Vorarbeiten verabschiedete der Vorstand der Bundesärztekammer im April 1994 die Neufassung der (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der beiden Weiterbildungsgänge. Um eine Übereinstimmung der Kursweiterbildung „Rehabilitation“ zwischen den verschiedenen Ärztekammern herbeizuführen und mit einem klar gegliederten Curriculum zur Qualitätssicherung beizutragen, hat die Bundesärztekammer unter Beteiligung des bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation gebildeten Sachverständigenrates der Ärzteschaft ein „**Kursbuch Rehabilitation**“ mit methodischen Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalten für die theoretischen Weiterbildungskurse zur Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ erstellt.

Krankenhaus- und niedergelassene Ärzte benötigen für ihre Mitwirkungsmöglichkeiten spezifische Kenntnisse über die Einleitung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch über die relevanten sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen. Daher empfiehlt die Bundesärztekammer seit jeher, in Fortbildungsveranstaltungen auch eine umfassende Information der Ärzte über Maßnahmen der Rehabilitation einzubeziehen, und konzipiert solche Veranstaltungen seit langem auch unter dem weitgespannten Bogen „Prävention – Diagnostik – Therapie – Rehabilitation“.

13.4

Die vom Ärztetag 1992 geschaffene Möglichkeit der fakultativen **Weiterbildung in der Geriatrie** für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin, Innerer Medizin, Neurologie und Psychiatrie umfaßt die Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im fortgeschrittenen Lebensalter. Inzwischen ist eine Umsetzung in allen Landesärztekammern erfolgt; die wachsende Zahl geprüfter „Klinischer Geriater“ läßt auf ein hohes Interesse und wachsende Akzeptanz schließen, obwohl die Fachbezeichnung nach außen nicht geführt werden darf. Angestrebt werden sollte deshalb auf längere Sicht die Erweiterung zu einem Weiterbildungsschwerpunkt und zugleich die Einrichtung einer speziellen, vergleichbaren Weiterbildungsqualifikation für Gerontopsychiatrie.

Insbesondere für den geriatrisch-rehabilitativen Bereich sind Spezialkenntnisse erforderlich, die kurzfristig nur über geeignete Fortbildungsmaßnahmen zu erreichen sind. Hier können Modellvorhaben die Kooperation zwischen niedergelassenem Arzt und geriatrischer Klinik fördern, zum Beispiel das 1996 angelaufene Projekt in Zusammenarbeit mit dem Albertinen-Haus Hamburg „Ganzheitliche Betreuung und medizinische Therapie geriatrischer Patienten“.

13.5

Die **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege** behandelt im Fach „Krankenpflege“ den „Umgang mit Patienten unter Berücksichtigung ihrer physischen und psychischen Bedürfnisse“ und im Rahmen der „Speziellen Krankheitspflege von Patienten“ solche mit „geistiger Behinderung“. Der Umgang mit Behinderungen wird ferner im Fach „Grundlagen der Rehabilitation“ im Rahmen der Punkte „Begriff und Arten der Behinderung“ sowie „Stellung der Behinderten in der Gesellschaft“ unterrichtet.

Ausbildung und Tätigkeit in den Berufen in der Krankenpflege enthalten wichtige Aspekte der Rehabilitation; neben der Grundpflege haben Krankenpflegekräfte in der Rehabilitation auch therapeutische Aufgaben wie zum Beispiel die Lagerung der Betroffenen, Training der Alltagsverrichtungen und Führung der Betroffenen zur Selbständigkeit. Diesen Aufgaben tragen das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – beide aus dem Jahr 1985 – Rechnung.

13.6

Ausbildung, Prüfung und staatliche Anerkennung **anderer Gesundheitsfachberufe** sind derzeit bundesrechtlich geregelt für

- Masseure und medizinische Bademeister, Physiotherapeuten /Krankengymnasten,
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten,
- Logopäden und
- Orthoptisten,

die weiterhin als wichtigste Rehabilitationsberufe unter den Gesundheitsberufen anzusehen sind.

Die Bundesregierung hat durch das Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom Mai 1994 und die einschlägigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen vom Dezember 1994 die Ausbildungen in diesen Berufen an die moderne Entwicklung in der physikalischen Therapie, der Bewegungstherapie und der Rehabilitation angepaßt.

Besondere Bedeutung kommt auch dem Bereich der Sprachtherapie zu, bei der insbesondere Aphasie- und Dysarthriepatienten eine adäquate Behandlung erfahren. Neben den bundesrechtlich geregelten Logopäden gibt es noch eine Reihe weiterer ähnlicher Berufe, vor allem die Sprachheilpädagogen, die als vorwiegend pädagogisch ausgebildete Berufe in Teilbereichen der Logopädie – auch in freiberuflich niedergelassener Form – tätig und insoweit als Heilmittelerbringer vertraglich zu den Kassen zugelassen sind.

13.7

Bezüglich ernährungsphysiologischer Belange der unterschiedlichen Behinderungsformen kann auf die Kenntnisse und Erfahrungen von Diätassistentinnen und Diätassistenten zurückgegriffen werden, deren Beruf durch Gesetz vom August 1994 neu geregelt wurde.

13.8

Auf der Grundlage methodischer Konzepte fördern **Heilpädagogen** gezielt und systematisch die Eigenkräfte behinderter Menschen. Beratung und Anleitung der Bezugspersonen ergänzen und unterstützen ihre auf behinderte Menschen selbst gerichtete, „behandelnde“ Tätigkeit. Die dafür erforderlichen beruflichen Qualifikationen, zu denen auch eine hohe psychische Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit gehören, sind in einer grundständigen Ausbildung oder in einer mindestens 18monatigen 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 Heilerziehungspfleger 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 Heilerziehungspfleger aufgrund ihres breiten Tätigkeitsfelds erfordert ausreichende Angebote der Praxisberatung und Supervision sowie der Einstiegsfortbildung beziehungsweise der offenen Arbeit im Team. Entsprechend der beson-

deren Adressatengruppe werden im berufsbezogenen Grundlagenbereich in den Lernbereichen „Pädagogik/Psychologie/Soziologie“, „Biologie/Medizin/Psychiatrie“ und „Methodik der Heilerziehungspflege“ Sachverhalte unter besonderer Berücksichtigung beeinträchtigter Menschen behandelt.

13.9

Bei der Behindertenarbeit 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.

13.10

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 erfüllen sie nicht nur medizinisch-pflegerische Aufgaben, sondern – entsprechend den Erfordernissen ganzheitlicher Hilfe – auch soziale Betreuung, um den älteren behinderten oder pflegebedürftigen Menschen eine selbstbestimmte 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. Im April 1995 brachte der Bundesrat einen entsprechenden Gesetzentwurf in den Bundestag ein.

Im Zusammenhang mit diesem Reformprojekt wird von verschiedenen Seiten auf eine grundsätzlich notwendige Neustrukturierung der Pflege- und Sozialberufe hingewiesen. Derzeit wird die Schaffung eines neuen Ausbildungsberufes für die (insbesondere häusliche) Pflege auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes diskutiert; soweit sich die fachlichen Anforderungen in den verschiedenen Arbeitsfeldern der Pflege verändern oder bereits verändert haben, sollte dem jedoch vorrangig durch eine Weiterentwicklung bestehender Berufe Rechnung getragen werden.

13.11

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.

Erzieher und Kinderpfleger sind zunehmend in der Behindertenarbeit zum Beispiel in integrativen Einrichtungen tätig. Ihre Aus- und Fortbildung muß dieser Entwicklung jeweils Rechnung tragen. Die Inhalte der Ausbildung zum **Erzieher/zur Erzieherin** haben nach der hierzu im September 1982 getroffenen Rahmenvereinbarung den wesentlichen Anforderungen der sozialpädagogischen Bereiche zu entsprechen. Im berufsbezogenen Lernbereich sind unter anderem Pädagogik, Psychologie und Sozialhygiene zu unterrichten. Da Lehrerinnen und Lehrer an Fachschulen, an denen die Ausbildung zum Erzieher und zur Erzieherin erfolgt, eine universitäre Ausbildung durchlaufen haben, ist eine Qualitätssicherung der Ausbildung und der Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Schulen gesichert.

13.12

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 Ein-

gliederung dieses Personenkreises eher entgegenwirken würde, wird die Notwendigkeit gesehen, die Ausbildung von **Gebärdensprachdolmetschern** stärker als bisher zu fördern; für Gehörlose gibt es immer noch zu wenig Gebärdensprachdolmetscher. 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 Gebärden) 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.

13.13

Insbesondere aus psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Sicht besteht ein Ausbildungsbedarf für **Berufsgruppen** und Personen, die **im Rahmen des Betreuungsgesetzes** tätig sind, und zwar an Gerichten (Richter und Rechtspfleger), in Behörden (Sozialpädagogen, Verwaltungsangestellte) sowie bereits eingesetzte und noch auszuwählende ehrenamtliche Betreuer und Berufsbetreuer. Es erscheint sinnvoll, für Betreuer ein Anforderungsprofil zu entwickeln hinsichtlich beruflicher Vorbildung und Erfahrung, wofür es bisher keine Vorgaben gibt.

13.14

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 Weiterbildung 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 die für den zu betreuenden Personenkreis erforderlichen besonderen berufs- und sozialpädagogischen Kenntnisse und Methoden zu vermitteln. Intensiver

Erfahrungsaustausch über Inhalte, Methoden und Zielgruppenprobleme soll dazu beitragen, den Mitarbeitern der verschiedenen Trägergruppen Kooperationsmöglichkeiten im Gesamtsystem der Rehabilitation zu erschließen.

13.15

Die in Werkstätten für Behinderte tätigen Fachkräfte zur Arbeits- und Berufsförderung müssen in der Regel Facharbeiter, Gesellen oder Meister mit einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung in Industrie oder Handwerk sowie über pädagogische Eignung und über eine „sonderpädagogische Zusatzqualifikation“ verfügen. Entsprechende Berufsqualifikationen aus dem pädagogischen oder sozialen Bereich reichen aus, wenn die für eine Tätigkeit als Fachkraft erforderlichen sonstigen Kenntnisse und Fähigkeiten für den Arbeitstrainingbereich und Arbeitsbereich anderweitig erworben worden sind.

Die „sonderpädagogische Zusatzqualifikation“ ist nicht durch Gesetz oder Verordnung geregelt, sondern der Vereinbarung der Werkstätten mit den Leistungsträgern überlassen. Maßgeblich sind insoweit ein im September 1982 veröffentlichtes „Rahmenprogramm und Abschlußverfahren für eine sonderpädagogische Zusatzqualifikation der Mitarbeiter in Werkstätten für Behinderte“ und die im Jahre 1996 zwischen der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für Behinderte, der Bundesanstalt für Arbeit und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Überörtlichen Träger der Sozialhilfe vereinbarten „Gemeinsame Empfehlungen zur Fortbildung von Fachkräften zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Behinderte“.

Seit Dezember 1991 liegt dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie ein Antrag der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für Behinderte und der Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr auf Erlaß einer staatlichen Fortbildungsverordnung „Geprüfter Arbeitspädagoge“ vor. Dieser Antrag ist inzwischen modifiziert worden; das Bundesministerium wird das Vorhaben nunmehr erneut mit allen Beteiligten erörtern.

13.16

Optimierte Teamarbeit ist Grundlage für effektive Rehabilitation. Ob die Art der Leistungserbringung sich im Alltag des Rehabilitanden als Hilfe auswirkt und welche Form angemessen ist, muß das **Rehabilitationsteam** sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich ständig neu beantworten; auf diese Fragestellung sowie auf die Zusammenarbeit der verschiedensten Berufsgruppen mit einer gemeinsamen Basis sind die am Rehabilitationsprozeß beteiligten Ärzte und nichtärztlichen Therapeuten wegen ihrer funktionsbezogenen, mehr an akuttherapeutischen Behandlungsmustern ausgerichteten Ausbildung überwiegend nicht vorbereitet. Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wurde daher in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychologischen Institut in Köln ein **Curriculum zur Vermittlung von berufsübergreifendem Fachwissen zur**

Rehabilitation entwickelt, das zur Stärkung interdisziplinärer und praxisbezogener Handlungskompetenz beitragen soll. Das Seminarkonzept soll Teilnehmer aus den verschiedenen in der Rehabilitation tätigen Berufen gemeinsam befähigen, Rehabilitationsziele zu formulieren und ihre Umsetzung in die Praxis zu erarbeiten.

13.17

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Spitzenverbände verschiedener Trägerbereiche und die Bundesanstalt für Arbeit führen erfolgreich **trägerübergreifende Fort- und Weiterbildungsseminare für Fachkräfte in der Rehabilitation** durch. In diesen Seminaren wird in erster Linie das Wissen über die Arbeit und trägerspezifische Zielsetzungen der jeweils anderen Rehabilitationsträger erweitert, damit die eigenen Entscheidungen besser in ein umfassendes Rehabilitationskonzept eingeordnet werden können. Darüber hinaus wird das Verwaltungshandeln auch in seiner praktischen Auswirkung auf den zu betreuenden Personenkreis transparenter, indem an spezifischen Behinderungsbildern ausgerichtete Themen die Kenntnisse über die organisatorischen und rechtlichen Grundlagen mit den Zielen einer modernen ganzheitlichen Rehabilitation verbinden. Dieses Anliegen unterstützen auch die im Rahmen der Seminare durchgeführten Exkursionen in themenrelevante Einrichtungen. Auf besonders großes Interesse stoßen Seminare zu spezifischen Behinderungsarten, da sie die bereichsübergreifenden Aspekte konkret und anschaulich darstellen.

13.18

Die **Rehabilitationsberater der Krankenkassen** und die Mitarbeiter in den Sozialen Diensten der Krankenkassen werden – teilweise trägerübergreifend – durch intensive Fort- und Weiterbildungen geschult. Hierbei werden die verschiedenen Krankheiten und ihre Auswirkungen, die Inhalte und Ziele von Rehabilitationsmaßnahmen und auch Methoden der Beratung der Betroffenen angesprochen.

13.19

In Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung führen

- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke,
- die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, und
- die Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für Behinderte

einrichtungsübergreifende Fortbildungsseminare für **Fachkräfte der Rehabilitationseinrichtungen** durch. Den Erfordernissen der Fortbildung wird mit einem übergreifenden, gemeinsam getragenen Angebot Rechnung getragen. Im Vordergrund stehen dabei die Entwicklung und Vermittlung angemessener

Handlungsstrategien sowie die gemeinsame Erarbeitung von Interventions- und Behandlungskonzepten. Die Seminare umfassen medizinische, psychische, psychosoziale und pädagogische Probleme; sie orientieren sich an den unterschiedlichen Formen der Praxis und den spezifischen Bedürfnissen der beteiligten Einrichtungen. Der Blick „über den Zaun der eigenen Zuständigkeit“ soll die Bereitschaft verstärken, Leistungen und Verfahren möglichst zu harmonisieren sowie Nahtlosigkeit der Leistungen und Zusammenarbeit aller Beteiligten herzustellen. Die Zahl der Seminare hat sich aufgrund der immer noch steigenden Nachfrage von 17 im Jahr 1986 auf 70 1997 entwickelt.

Für die technische Vorbereitung und Abwicklung der Seminare wurde beim Berufsförderungszentrum Essen eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Die Personal- und Sachkosten für diese Stelle und auch die Kosten für den Einsatz der Referenten – für 1997 voraussichtlich 650 000 DM – werden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung getragen.

13.20

Seit Oktober 1995 (bis November 1998) bietet die Senatsverwaltung für Soziales in Berlin in Zusammenarbeit mit der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege – mit Förderung des Europäischen Sozialfonds – ein **Fortbildungsprogramm zur Qualifizierung zur Fachkraft in der Behindertenhilfe** an. Dieses Angebot richtet sich insbesondere an diejenigen, die im Ostteil Berlins bereits langjährig in der Behindertenhilfe tätig waren und über keine oder eine andere Berufsausbildung verfügen. Die Qualifizierung vermittelt Kenntnisse und Erfahrungen wie Heilerziehungspflegern und -pflegerinnen, ist bundesweit anerkannt und entspricht den Anforderungen der Heimpersonalverordnung als Fachkraft in der Behindertenhilfe. Ziel ist zum einen die Verbesserung der Betreuungs- und Fördermöglichkeit der behinderten Menschen, zum anderen die Verbesserung der Berufszufriedenheit und Arbeitsplatzsicherheit der Menschen, die sich – auch unter anderen politischen Verhältnissen – der Pflege behinderter Menschen angenommen haben.

13.21

Um eine qualitativ hochwertige Rehabilitation unter Berücksichtigung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Prognose sowie Effektivität und Effizienz der Rehabilitationsmaßnahme im Denken der Ärzte zu verankern, hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1994 ihren „**Wegweiser für Ärzte** und weitere Fachkräfte der Rehabilitation“ in einer zweiten, erweiterten Auflage herausgegeben. Das Buch dokumentiert den seit Jahren andauernden Innovations-schub in der medizinischen Rehabilitation. Der Inhalt des Wegweisers ist geeignet, sowohl individuelle Rehabilitationsprozesse verbessern zu helfen als auch zur weiteren Fundierung einer interdisziplinär verstandenen Rehabilitationswissenschaft beizutragen. Bezogen auf die wichtigsten Krankheits- und Behinderungsarten werden in diesem Buch das jeweils mögliche Vorgehen sowie Rehabilitationsver-

läufe aufgezeigt; es soll allen am Rehabilitationsprozeß Beteiligten einen vertiefenden Einblick in die anerkannten Konzepte einer ganzheitlichen Rehabilitation, in Leistungen, Träger, Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation vermitteln. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat im Rahmen ihres satzungsmäßigen Auftrags bundesweit ausgewählten Multiplikatorengruppen und Institutionen wie Universitäten, Fachhochschulen, Krankenpflegeschulen und Sozialmedizinischen Diensten der Krankenversicherung Bibliotheksexemplare zur Verfügung gestellt.

13.22

Die **Arbeits- und Praxishilfen** der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation für die Rehabilitation bestimmter Behinderungsarten haben sich seit längerem als praktische Orientierungshilfe etabliert. Ihr Anspruch besteht vor allem darin, Kenntnisse und Standards der umfassenden Rehabilitation der bedeutsamsten Behinderungsarten darzustellen und die hierfür erforderlichen Maßnahmen und Leistungen aufzuzeigen. Sie verdeutlichen jedoch über die eigentliche Aufgabenstellung hinaus die Notwendigkeit interdisziplinären Handelns der Fachkräfte und die Zusammenarbeit der beteiligten Rehabilitations-träger, indem sie die Nahtstellen und Übergänge im Gesamtsystem der Rehabilitation berücksichtigen. Autoren dieser Arbeitshilfen sind in erster Linie mit der jeweiligen Behinderungsart langjährig erfahrene Rehabilitationsexperten sowie Verwaltungsfachleute. Bislang sind Arbeitshilfen erschienen zur Rehabilitation

- von schädel-hirnverletzten Kindern und Jugendlichen,
- von Koronarkranken,
- von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen,
- von Schlaganfallpatienten,
- von Rheumakranken,
- bei älteren Menschen,
- Krebskranker,
- von psychisch Kranken und Behinderten,
- von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten,
- von allergischen Atemwegserkrankungen,
- von Suchtkranken (Alkohol – Drogen – Medikamente)

sowie zur stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß.

In der Planung sind Arbeitshilfen für die Rehabilitation von Hör-, Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen sowie für von allergischen Hauterkrankungen Betroffene. Alle Arbeitshilfen werden regelmäßig aktualisiert und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Praxiserfahrungen angepaßt.

14. Forschung

14.1

Die Ziele der Rehabilitation und Integration behinderter Menschen sind keine statischen Größen. Sollen sie dem Qualitätsanspruch, der an diese Aufgaben gestellt wird, und den Erwartungen aller Beteiligten entsprechen, müssen bei ihrer Konzeption und ihrer Durchführung alle praktischen, vor allem aber auch einschlägige **wissenschaftliche Erkenntnisse** genutzt werden. Auf Erfahrungen und Erkenntnissen beruhende 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 Ziel, Rehabilitation und Eingliederung Behinderter zu verbessern. Anlaß für Fortentwicklungen sind teilweise veränderte Anforderungen, wie sie sich zum Beispiel aus „neuen Technologien“, aus dem Bemühen um „neue“ Behindertengruppen wie psychisch Behinderte oder die Gruppe behinderter Frauen oder aus den nach wie vor aktuellen 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. Ein umfassendes Verständnis von Rehabilitation macht es erforderlich, daß Ansatzpunkte dabei nicht nur Fragen der körperlichen Schäden (impairment) und der funktionellen Einschränkungen (disability) behinderter Menschen sein dürfen, sondern Fragen der sozialen Beeinträchtigung (handicap) gleichwertig und gleichrangig einbezogen werden müssen.

Ethische Grundsätze für Forschung und Forschungsprojekte, die für behinderte Menschen und mit ihnen durchgeführt werden, sind festzuschreiben. Die teilweise kontrovers geführte Diskussion in den vergangenen Jahren – vor allem im Rahmen der Konvention des Europarats zur Biomedizin (früher Bioethik-Konvention) – hat zu unterschiedlichen Ansätzen für die Begrenzung von Forschung geführt; der Meinungsbildungsprozeß zu diesem Thema ist noch nicht abgeschlossen. Es bleibt abzuwarten, in welchem Maße die angestrebten international vereinbarten Standards tatsächlich Einfluß auf Gegenstände, Methoden, Ausmaß und Grenzen von Forschung nehmen werden.

14.2

Ein Schwerpunkt rehabilitationswissenschaftlicher Forschung ist die medizinische Rehabilitation. In der Entwicklung der auf medizinische Fragen ausgerichteten **rehabilitationswissenschaftlichen Infrastruktur** sind Fortschritte zu erkennen. Seit Beginn der neunziger Jahre ist an einigen Universitäten eine stärkere Einbeziehung rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsthemen zu beobachten. An den

medizinischen Fakultäten existieren einzelne Einrichtungen, die sich insbesondere mit der stationären medizinischen Rehabilitation beschäftigen, beispielsweise das Lübecker Institut für Sozialmedizin, die Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation an der Medizinischen Hochschule Hannover, die Abteilung für medizinische Psychologie an der Universitätsklinik Hamburg, die Stiftungsprofessur für Rheumaepidemiologie und Rehabilitation an der Universitätsklinik Freiburg sowie ein – ebenfalls durch Stiftung entstandenes – rehabilitationsmedizinisches Institut an der Universität Ulm. Außerhalb der medizinischen Fakultäten sind Spezialabteilungen für Rehabilitationspsychologie und -soziologie und das Zentrum für Rehabilitationsforschung an der Universität Bremen entstanden. Darüber hinaus existiert an der Sporthochschule Köln eine Professur für Rehabilitation.

Mit der Einrichtung des Instituts für Rehabilitationswissenschaft an der Berliner Humboldt-Universität wurde die erste fachübergreifende Einrichtung an einer deutschen Hochschule geschaffen, die sich vorrangig mit der Rehabilitation beschäftigt. Ein Schwerpunkt des Instituts liegt in der Behindertenpädagogik; daneben werden Fragen der medizinischen sowie der beruflichen Rehabilitation unter anderem durch die Lehrstühle für Versorgungs- und Qualitätsforschung sowie für Methoden der Rehabilitationsforschung bearbeitet.

Ein Teil der Rehabilitationsforschung wird außerhalb der Universitäten geleistet, beispielsweise im Hochrheinstitut für Rehabilitationsforschung in Bad Säckingen und im Institut für Rehabilitationsforschung an der Klinik Norderney. Eine wachsende Zahl von Rehabilitationseinrichtungen forscht aus der Praxis heraus; allerdings wäre eine universitäre Anbindung oft sinnvoll, und die strukturellen Voraussetzungen für die Forschung sind nicht immer optimal.

Als Forum des wissenschaftlichen Austausches in der medizinischen Rehabilitation veranstaltet der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger jährlich ein Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium.

14.3

Das Programm „**Gesundheitsforschung 2000**“, das vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie und dem Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam getragen und federführend von dem zuerst genannten Bundesministerium durchgeführt wird, ist auf forschungsstrukturelle Wirkungen in gesundheitspolitisch vorrangigen Forschungsfeldern ausgerichtet und umfaßt damit auch wichtige Felder der Rehabilitationsforschung. Es geht 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, Durchführung und Bewertung rehabilitativer Maßnahmen.

Eine wichtige Aufbauarbeit soll das Programm bei der Etablierung der **Rehabilitationswissenschaften**

in Forschung und Lehre an Universitäten und Medizinischen Hochschulen leisten. Ein Hauptziel der im Frühjahr 1996 vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung ausgearbeiteten ersten Phase der Förderung der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung liegt in der Entwicklung geeigneter Forschungsstrukturen; dies entspricht den Empfehlungen der Kommission der Rentenversicherung zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Angestrebt wird,

- die Rehabilitationsforschung als eigenständiges Wissenschaftsgebiet aufzubauen und in bezug auf ihre interdisziplinäre Aufgabe im Gesundheitswesen auszugestalten,
- eine rehabilitationswissenschaftliche Infrastruktur zu schaffen, um anstehende praxisrelevante Fragen mit qualifizierter Forschung zu lösen, indem die Rehabilitationswissenschaft an Universitäten und medizinischen Hochschulen in Forschung und Lehre aufgebaut und langfristig etabliert wird, sowie
- die Koordination der bisherigen Forschungsaktivitäten und den Transfer der Ergebnisse zu verbessern, aber auch die Forschungsleistung der Rehabilitationswissenschaft nach Qualität, Umfang und Effizienz zu steigern.

Als Themenbereiche sollen in dem Forschungsschwerpunkt aufgegriffen werden

- rehabilitationsrelevante Entstehungszusammenhänge, Verläufe und Prognosen von (chronischen) Krankheiten und ihren Folgen,
- rehabilitationsdiagnostische Verfahren,
- Weiterentwicklung und Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen,
- Patienten in der Rehabilitation sowie
- Fragen zur Gestaltung des Rehabilitationssystems.

Im Rahmen des Förderprogrammes sollen etwa 6 bis 8 regionale Forschungsverbände über einen Zeitraum von sechs bis acht Jahren gefördert werden, und zwar je zur Hälfte durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie und die Träger der Rentenversicherung. Mit dem Beginn der Förderung ist in der ersten Jahreshälfte 1998 zu rechnen.

14.4

Die Träger der Kranken- und Unfallversicherung beraten noch, wie sie ihrerseits die rehabilitationswissenschaftliche Forschung fördern können. Die Spitzenverbände der Krankenkassen stellen Überlegungen an, ein eigenes Rehabilitationsprogramm durchzuführen, das insbesondere auf die Bedürfnisse der gesetzlichen Krankenversicherung zugeschnitten ist und auf der Grundlage von Analysen des Ist-Zustandes die Zugangsvoraussetzungen, die Gestaltung der Leistungen und Vertragsformen und insbesondere die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen erforscht.

Neben den Modellvorhaben der ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation und dem Vorhaben der ambulanten Rehabilitation psychisch Kranker sind die Krankenkassen und ihre Verbände auch an der Erprobung von Modellen der ambulanten und teilstationären Rehabilitation in Zusammenarbeit mit der Rentenversicherung auf der Grundlage einer „Empfehlungsvereinbarung über die Durchführung von gemeinsamen Modellvorhaben zur ambulanten/teilstationären medizinischen Rehabilitation in Wohnortnähe“ vom Mai 1996 beteiligt.

14.5

Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation für die häufigsten Indikationsgruppen (Orthopädie/Rheumatologie, Psychosomatik/Sucht, Onkologie, Kardiologie) hat der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger eine **Literaturübersicht** erstellt, die insbesondere deutsche rehabilitationswissenschaftliche Studien aus den letzten zehn Jahren berücksichtigt. Die einbezogenen und zahlreiche weitere wissenschaftliche Studien belegen, daß die rehabilitationsmedizinischen Ziele erreicht werden, die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden verbessert wird und die Effekte der Rehabilitation auch mittel- und langfristig erhalten bleiben; die Untersuchungsergebnisse zeigen eine Abnahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten und hohe berufliche Wiedereingliederungsraten nach der Rehabilitation. Durch die ergänzenden Statistiken der Rentenversicherung wird gezeigt, daß der Reintegrationserfolg auch über einen langen Zeitraum erhalten bleibt. Ferner trägt die Förderung der aktiven Krankheitsbewältigung im Rahmen der Rehabilitation dazu bei, Fehl- und Überinanspruchnahmen des Gesundheitswesens zu vermeiden und Behandlungskosten zu senken.

14.6

Die Förderung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie zum Thema **Neurotraumatologie und Neuropsychologische Rehabilitation** dient dem Aufbau vernetzter Forschungsstrukturen, mit denen die aktuellen Fortschritte der neurowissenschaftlichen Forschung für die Umsetzung in die Patientenversorgung, insbesondere zur Verbesserung der Frührehabilitation im Anschluß an die Akutversorgung, nutzbar gemacht werden können. Durch Unfälle kommt es jedes Jahr zu einer großen Zahl von Schädel-Hirn- und Rückenmarksverletzungen; sie erfordern aufwendige Sofortmaßnahmen der Unfallmedizin und anschließend eine langwierige Betreuung der oft noch jugendlichen Rehabilitanden. Mit zunehmendem Verständnis der Regenerationsmechanismen des Nervensystems wächst aber die Hoffnung, bei bislang für irreparabel gehaltenen Schäden zukünftig helfen zu können oder den Rehabilitationsverlauf zu beschleunigen, auch durch die Vermeidung oder Eingrenzung von sekundärer Ausbreitung von Nervenschädigung nach der eigentlichen Verletzung sowie durch Restauration verlorengegangener Funktionen. Ein weiterer Teil der Untersuchungen zielt auf die pharma-

kologische Beeinflussung der Schadensausbreitung und der Reparatur des Nervengewebes; außerdem werden neuroprothetische Verfahren entwickelt, um bei Querschnittslähmung die Blasenentleerung zu ermöglichen oder um das Stehen und Gehen in der Therapie wieder zu erlernen. Durch neuropsychologische Methoden sollen kognitive Funktionen wiederhergestellt werden. Ergänzt werden die Untersuchungen durch die Evaluierung wohnortnaher Rehabilitation sowie die Analyse des Systems von der Versorgung am Unfallort bis zur Einleitung der ersten Maßnahmen in der Klinik. In dem Forschungsschwerpunkt werden in 8 regionalen Verbänden insgesamt 60 Teilvorhaben gefördert.

14.7

Chronische Schmerzen stellen für die Betroffenen häufig eine erhebliche Beeinträchtigung dar und führen zu persönlichen, beruflichen und sozialen Einschränkungen, die die Lebensqualität auf Dauer herabsetzen. Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie hat insgesamt 21 Vorhaben auf dem Gebiet der patientenorientierten und klinischen Schmerzforschung gefördert. Es wurden Beiträge zur Aufklärung der Ursachen und der Entstehung von chronischen Schmerzen und zur Verbesserung der Diagnostik und Therapie geleistet. Unter anderem konnte gezeigt werden, daß chronische Schmerzen durch zusätzliche psychotherapeutische Angebote – beispielsweise progressive Muskelentspannung und Schmerzbewältigungsstrategien – wirksamer bekämpft werden können. In einem an der Universität Göttingen durchgeführten Vorhaben wurde ein multidimensionaler Therapieansatz bei chronischen Rückenschmerzen untersucht, der verhaltenstherapeutische Verfahren und körperliches Training einschloß. Der Erfolg dieses interdisziplinär durchgeführten Therapieansatzes zeigt sich auch darin, daß 63 v.H. der vorher durchschnittlich neun Monate lang Arbeitsunfähigen an den Arbeitsplatz zurückkehrten. Wichtig ist auch die Erkenntnis, daß die Behandlung chronifizierter Rückenschmerzen möglichst früh ansetzen sollte.

14.8

Psychische Krankheiten sind häufig Ursache einer Behinderung, wobei die Grenze zwischen Therapie und Rehabilitation fließend verläuft. Ein vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie geförderter Forschungsschwerpunkt zu „Therapie und Rückfallprophylaxe seelischer Erkrankungen im Erwachsenenalter“ befaßte sich vorrangig mit chronisch gewordenen psychischen Krankheiten. Eine multizentrische Studie zu Therapieaufwand und Therapieerfolg bei der psychodynamischen Therapie von Eßstörungen (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa) wird 1998 abgeschlossen.

14.9

In dem Forschungsschwerpunkt zur **Entwicklung und Reifung chronisch kranker Kinder** sind 25 Vorhaben gefördert worden. Ziel war herauszufinden,

wie verhindert werden kann, daß chronische Krankheiten die Entwicklung und Reifung wesentlich beeinträchtigen und sich während der Entwicklungsphase der Kinder und Jugendlichen in dauerhaften Behinderungen verfestigen; hierbei wurden entwicklungspsychologisch orientierte therapeutische Vorgehensweisen einbezogen. Eine multizentrische prospektive Beobachtungsstudie zum Entwicklungsverlauf von Frühgeborenen wird Anfang 1998 abgeschlossen; es gibt Hinweise darauf, daß bei den Betroffenen neurologische oder kognitive Beeinträchtigungen sowie Lern-, Verhaltens- und emotionale Störungen gehäuft auftreten. Aus den Ergebnissen können protektive Faktoren und mögliche Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden.

14.10

Die bisherigen Entwicklungen bei einer umfassenden und bedarfsgerechten Versorgung **Rheumakrankender** durch den Aufbau von Rheumaforschungsverbänden an fünf, durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten, versorgungsorientierten Rheumazentren werden seitens des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie weitergeführt. Die enge Zusammenarbeit zwischen rheumatologischer Forschung und Versorgung in diesen Verbänden ermöglicht eine rasche Umsetzung neuer Forschungserkenntnisse in die routinemäßige klinische Praxis.

14.11

Die bisherigen Modellversuche zur **konduktiven Förderung cerebral geschädigter Kinder** konzentrieren sich hauptsächlich auf die medizinisch-therapeutischen Aspekte der Fördermethode nach Petö. Das betrifft sowohl ein bereits 1992 abgeschlossenes Projekt, bei dem es vor allem um die Förderung cerebral geschädigter Kinder unter klinischen Bedingungen ging, als auch ein laufendes Vorhaben, in dessen Rahmen wissenschaftlich abgeklärt werden soll, inwieweit Elemente der konduktiven Förderung in die ambulante medizinische Rehabilitation cerebral geschädigter Kinder integrierbar sind.

Es fehlt nach wie vor eine wissenschaftliche Bewertung des heilpädagogischen Ansatzes der konduktiven Methode; um diese Lücke zu schließen, fördert das Bundesministerium für Gesundheit ein zweijähriges Forschungsprojekt mit dem Ziel, den heilpädagogischen Ansatz, der ein wesentliches Element der ganzheitlichen konduktiven Fördermethode darstellt, in der Praxis zu erproben und wissenschaftlich abzusichern. Dabei sollen auch Möglichkeiten der Anpassung des konduktiven Förderkonzepts an das deutsche System der Frühförderung und Rehabilitation untersucht werden. Die Ergebnisse des Projektes sollen dazu beitragen, das Frühförderangebot für Kinder mit cerebralen Bewegungsstörungen weiter zu verbessern.

14.12

Mit dem Forschungsschwerpunkt **Hilfen für Hörgeschädigte** trägt das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie der

Tatsache Rechnung, daß Hörstörungen verschiedenen Grades bei mehr als 10 v.H. der Bevölkerung (mit steigender Tendenz bei Jugendlichen) auftreten, mit teilweise erheblichen psychischen und sozialen Folgen. Zur Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten werden erhebliche Forschungsanstrengungen in den Bereichen Physiologie, Pathologie, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation unternommen. Besonderer Wert wird dabei auf multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen naturwissenschaftlichen, klinischen, sozialwissenschaftlichen und technischen Arbeitsgruppen gelegt. Neben der Umsetzung der Ergebnisse in versorgungswirksame Produkte soll ein Beitrag zur Etablierung kompetenter Forschungsgruppen in diesem gesundheitspolitisch bedeutsamen Gebiet geleistet werden. Insgesamt wurden seit 1989 in dem Schwerpunkt „Hilfen für Hörgeschädigte“ 36 Vorhaben mit einem Mittelvolumen von über 31 Mio DM bewilligt. Die Förderung konzentriert sich auf Vorhaben zur Frühdiagnostik und audiometrischen Diagnostik allgemein, zu Cochlear-Implantaten insbesondere bei Kindern, Mittelohrprothesen, Hörgeräteentwicklung und -anpassung, Pathophysiologie und Therapie von Tinnitus sowie Frühförderung zum Erwerb von Lautsprache und Gebärdensprache. Mit dem Auslaufen der letzten Vorhaben 1998 wird der Schwerpunkt abgeschlossen.

14.13

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 mehrere Forschungs- und Praxisarbeiten gefördert, in denen der **Einsatz von Gebärden** und Gebärdensprache abgeklärt, entwickelt und erprobt wurde. 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 Diplomdolmetscherausbildung für Gebärdensprache entwickelt und durchgeführt werden.

14.14

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.

14.15

Die Eingliederung in das Berufsleben ist insbesondere für die Gehörlosen schwierig, die nur unzureichende sprachliche Fähigkeiten für das Artikulieren, das Ablesen von den Lippen sowie für das Lesen und Schreiben erworben haben. Im Projekt **Entwicklung eines Testverfahrens zur Integration Gehörloser in das Berufsleben** wurde mit dem Aufbau eines Testverfahrens begonnen, mit dem die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten Gehörloser und zum anderen ihre spezifische Eignung für eine individuelle Berufswahl erfaßt werden können. Es ist beabsichtigt, ein Schema für die Testdurchführung, die Auswertung und Interpretation der Testergebnisse sowie für die daran anschließende Berufsberatung zu entwickeln. Mit dem Projekt werden methodisch neue Wege beschritten.

- Durch Beteiligung kompetenter, spezifisch trainierter Gehörloser sollen die Untersuchungsmöglichkeiten bei gehörlosen Probanden optimiert werden.
- Hinsichtlich der sprachlichen Fähigkeiten sind neben der Artikulation und dem Ablesen die gebärden- und vor allem die schriftsprachlichen Fähigkeiten zu ermitteln.

- Für die Bestimmung der individuellen Fähigkeiten muß das Untersuchungsverfahren an die besondere Kommunikationssituation angepaßt werden.
- Parallel zur Arbeit für die Diagnostik soll eine „Computergestützte Übung zur Verbesserung der Schriftsprachkompetenz Gehörloser auf der Wortebene“ entwickelt werden.

In einer ersten Projektphase wurden Tests zusammengestellt, in einer Voruntersuchung erprobt und teilweise in eine computergestützte Version umgesetzt. Ziel der laufenden zweiten Projektphase ist es, das Testsystem so weiterzuentwickeln, daß es in der Praxis zum Beispiel der Berufsberatung einsetzbar ist.

14.16

Zur Entwicklung neuer Methoden und Lernmaterialien für die **berufliche Förderung Gehörloser** am Beispiel der Computertechnologie wurde – 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 Gebärdensfähigkeit und der speziellen Gebärdenzeichen zur Computertechnologie mit integrierter Vermittlung von fachspezifischem Wissen.

Wegen der spezifischen Thematik wurden die Ergebnisse in einem Fachverlag veröffentlicht, der auch die weitere Aktualisierung und Pflege der Materialien übernimmt. In Anschlußprojekten werden in Fortführung der bisherigen Arbeiten weitere Fachgebärdenlexika 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, sowie für die Bereiche Holz und Hauswirtschaft.

14.17

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.

14.18

Zur **Verbesserung der sprachlichen Kompetenz am Arbeitsplatz für schwerhörige und gehörlose Arbeitnehmer** wurde das Verfahren der Sprach-Farbbild-Transformation eingesetzt, um den Hörgeschädigten bessere berufliche Chancen zu eröffnen, sprachliche Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen zu entschärfen sowie arbeitslosen Hörgeschädigten die Rückkehr in das Arbeitsleben zu erleichtern. Im Rahmen des Projektes wurde ein Lernkonzept für den Einsatz von Sprach-Farbbild-Transformation entwickelt, mit der sowohl hinsichtlich der Artikulation als auch der Verständlichkeit überwiegend positive Veränderungen erzielt wurden; insgesamt 22 der 26 Probanden konnten im Durchschnitt ihre Eingangswerte dem Normbereich zum Teil erheblich annähern; 14 Teilnehmer wurden nach Abschluß des Sprachtrainings von hörenden Versuchspersonen besser verstanden als zu Beginn. Allerdings muß akzeptiert werden, daß die Qualität der Lautsprache von Hörgeschädigten auch unter günstigen Voraussetzungen eingeschränkt bleibt und daß lautsprachliche Kommunikation für Hörgeschädigte immer eine benachteiligende Situation darstellt.

14.19

Der Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Potsdam versucht, mit dem Modellversuch **Ausbildung von Gehörlosen** zu Diplom-Sozialarbeitern und -Sozialpädagogen vom Wintersemester 1996/97 bis Sommersemester 2000 insgesamt 12 hochgradig hörgeschädigten Studenten möglichst gute Studienbedingungen anzubieten. Die hörgeschädigten Teilnehmer sollen zusammen mit insgesamt 110 Hörenden studieren. Der Modellcharakter besteht insbesondere in

- Förderung der vorhandenen lautsprachlichen und schriftsprachlichen Kompetenz,
- Aufbau eines lautsprachlichen und schriftsprachlichen Fachvokabulars,
- Begleitung der Lehrveranstaltungen durch lautsprachbegleitende Gebärden oder – bei Bedarf – Übersetzung in Gebärdensprache,
- Einsatz studentischer Tutoren und Mitschreibrkräfte,
- Einsatz moderner Informationstechnologien,
- individueller Beratung, auch in den Praxissemestern, und
- systematischen Informationen über Kommunikationshilfen an alle Hochschulangehörigen.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung, die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Auftrag gegeben wurde, soll überprüft werden, inwieweit die hörgeschädigten Studierenden die für den Beruf des Sozialarbeiters oder Sozialpädagogen notwendige Sach-, Selbst- und Sozialkompetenz erwerben.

14.20

Trotz Fortentwicklung der Angebote im Bereich der beruflichen Rehabilitation verlassen vor allem Körperbehinderte mit mäßigen bis erheblichen Lernbehinderungen ihre Schulen ohne realistische Perspektive auf eine Teilhabe am Arbeitsleben; für diesen Personenkreis, der immer mehr Abgänger von Schulen für Körperbehinderte umfaßt, fehlt es bisher an wirkungsvollen schulischen und nachschulischen Qualifizierungs- und Integrationskonzepten. Ziel eines Forschungsprojektes war es daher, die berufliche Realität körperbehinderter Sonderschulabsolventen im Spannungsfeld zwischen den Werkstätten für Behinderte und dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu untersuchen und auf dieser Grundlage ein Konzept schulischer Vorbereitung auf das Arbeitsleben zu entwickeln, das sich inhaltlich und methodisch an den tatsächlichen nachschulischen Möglichkeiten orientiert.

Im Vordergrund einer 18 monatigen Vorphase stand eine nachgehende Untersuchung der beruflichen und allgemeinen Eingliederung der Schüler der letzten fünf Abgangsklassen der Westfälischen Schule für Körperbehinderte in Münster. In einer 36 monatigen Hauptphase wurde in einem Modellprojekt **Vorbereitung des Übergangs körperbehinderter Jugendlicher von der Schule ins Arbeitsleben** die Frage untersucht, durch welche in der Schule einsetzenden Maßnahmen die berufliche und soziale Integration mehrfachbehinderter Schüler verbessert werden kann. Die Entwicklung und Erprobung entsprechender konzeptioneller und förderbezogener Ansätze innerhalb der vorberuflichen Bildung umfaßte

- die Einführung einer Förder- und Statusdiagnostik schulisch und nachschulisch relevanter Fähigkeiten, um Entwicklungsverlauf, Leistungsstand und Förderbedarf der Schüler dokumentieren zu können,
- einen handlungs- und projektorientierten Unterricht zur adäquaten Vorbereitung auf die nachschulischen Anforderungen sowie
- eine sozialpädagogische Gruppenarbeit zur Förderung sozialer Kompetenzen und der Auseinandersetzung mit den nachschulischen Möglichkeiten.

Darüber hinaus schuf die sozialpädagogische Gruppenarbeit die Voraussetzungen für eine Integrationsbegleitung an der Schwelle Schule-Beruf, die den Übergang in die nachschulische Lebenssituation effektiver gestalten soll. Die Ergebnisse im einzelnen sind zur Unterstützung vergleichbarer Fortentwicklungen dem veröffentlichten Forschungsbericht zu entnehmen.

14.21

Im Auftrag und mit Förderung des Landesarbeitsamts Baden-Württemberg führt das Jugenddorf Bläsi-berg spezifische **Vorbereitungsmaßnahmen** durch, um psychisch Behinderte oder von psychischer Behinderung Bedrohte auf die Anforderungen der Ausbildung oder auf ein Arbeitsverhältnis vorzubereiten. Das Konzept trägt den besonderen Bedürfnissen der Betroffenen Rechnung und vermeidet neue Stigmatisierungsprozesse. Die berufsvorbereitenden Maßnahmen sollen dazu dienen, die Kluft zwischen der medizinischen Rehabilitation und den Anforderungen einer Berufsausbildung zu überbrücken; sie dienen der Fortführung des in der medizinischen Rehabilitation begonnenen Prozesses der Stabilisierung der Persönlichkeit, der Hilfestellung bei der Berufswahl sowie der Vorbereitung auf eine Berufsausbildung. Die wissenschaftliche Begleitforschung zu dem Förderlehrgang wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Auftrag gegeben. Am Modellprojekt beteiligt war seit 1992 auch das Reha-Zentrum Stadtroda; in beiden Einrichtungen wurden die Lehrgänge als überbetriebliche Internatsmaßnahmen organisiert, hatten eine Regel-Laufzeit von 12 und 24 Monaten und unterstützten die Teilnehmenden nach einem ganzheitlichen Ansatz berufs- und sozialpädagogisch sowie psychologisch. Die Arbeitskonzepte beider Einrichtungen waren vergleichbar; wegen der jeweils verschiedenen infrastrukturellen und fachlichen Arbeitsbedingungen (zum Beispiel Zahl der Lehrgangs-Teilnehmenden, institutionelle und infrastrukturelle Einbindung, gesellschaftliches und politisches Umfeld) haben sich aber unterschiedliche Entwicklungswege ergeben.

Die sozialwissenschaftliche Evaluation folgte einem flexiblen und prozeßorientierten, qualitativen Konzept mit einer ganzheitlichen Begleitung der Einrichtungen. Die Datenerhebung wurde mehrmethodisch vorgenommen; zentral waren personenzentrierte Gespräche mit Teilnehmenden und dem Betreuungspersonal sowie mit Vertreterinnen und Vertretern der Träger, der Arbeitsverwaltung, mit Fachleuten verwandter arbeitender Einrichtungen und anderen Expertinnen und Experten. Die konzeptionelle Anlage der Lehrgänge hat sich für den erfaßten Personenkreis im Grundsatz bestätigt; Ansatzpunkte für Verbesserungen fanden sich bei der personellen Ausstattung im berufs- und sozialpädagogischen Bereich, bei der psychologisch-therapeutischen Versorgung, bei der kontinuierlichen Qualifizierung des Personals, bei der Auswahl der Teilnehmenden und bei der Begleitung von Übergangssituationen der Teilnehmenden.

14.22

Ziel des Projektes **Entwicklung eines blinden- und sehbehindertengerechten Schulungskonzeptes für graphische Benutzeroberflächen** ist die Erarbeitung und Erprobung von Grundrastern für blinden- und sehbehindertenpädagogische Schulungen für den Bereich der beruflichen Rehabilitation bezüglich grafischer Betriebssysteme. Hierbei werden die Berücksichtigung hilfsmittelbedingter Wahrnehmungs-

defizite und deren Ausgleich durch die Vermittlung spezifischer Arbeitstechniken, eine betroffenenge-rechte Unterrichtsgestaltung und geeignete Schulungsmaterialien im Vordergrund stehen. In ihrer Wirksamkeit geprüft werden sollen beispielsweise die Vermittlung von Hintergrundinformationen, die Filterung der Informationsflut grafischer Oberflächen und die Verbalisierung von aktuellen Bildschirmdarstellungen. Als Unterrichtsmaterialien erstellt und eingesetzt werden sollen zum Beispiel taktile, farbliche oder vergrößerte Abbildungen, Braille- und Großschrift-Unterlagen, ein Baukasten-system für die Bildschirmnachbildung und Audio-kassetten. Das Schulungskonzept muß notwendige Anpassungen in unterschiedliche Richtungen ermöglichen; diese Flexibilität ist aufgrund der ras-chen Änderungen von Softwaretrends unbedingte Voraussetzung für langfristigen Nutzen. Zum einen soll durch übergreifende Kategorien erreicht werden, das Schulungsprogramm relativ schnell auf neue Betriebssysteme, Anwendungen und Hilfsmit-tellösungen umzustellen. Zum anderen ist ein mo-dularer Aufbau der Schulungsinhalte vorgesehen, um den unterschiedlichen Bedingungen in der Pra-xis entsprechen zu können.

14.23

Ein weiteres Projekt knüpft an Erfahrungen und Er-gebnisse eines abgeschlossenen Forschungsvorha-bens „Audio-taktiles Wissenserwerb in der Berufs-ausbildung blinder Masseure und Physiotherapeu-ten“ an. Ziele des laufenden Projekts **Multimediale interaktive Lehrmodelle und Lehrbücher für die Berufsausbildung blinder und sehbehinderter Mas-seure und Physiotherapeuten** sind

- der Entwurf und die Realisierung von interaktiven 3 D-Lehrmodellen,
- die Kopplung von interaktiven 3 D-Lehrmodellen mit interaktiven Lehrbüchern,
- die multimediale Ausstattung der mit interaktiven 3 D-Modellen gekoppelten Lehrbücher und
- die gleitende praktische Erprobung und Anwen-dung der Ergebnisse parallel in drei Ausbildungs-einrichtungen.

Die Einführung der audio-taktilen Lerntechnik in der Berufsausbildung blinder Masseure und Physiothera-peuten schuf die Grundlage für eine fortschrittliche computergestützte Ausbildung auch für diesen schwierigen Ausbildungsbereich. Durch audio-tak-tilen Wissenserwerb mit einer computergestützten tastbegleitender Verbalisierung wird der Zugang zur Tast-Abbildung enorm vereinfacht; in der Anatomie lassen sich so beispielsweise alle von Natur aus „relief-artigen“ Körperteile sowie schematische Schnittdar-stellungen gut widerspiegeln. Bei den elektronischen Multimedia-Lehrbüchern für Sehende werden zu-nehmend Bilder in Form von räumlichen Darstellun-gen zur Veranschaulichung verwendet, die für blinde Auszubildende nicht zugänglich sind; die Entwick-lung von 3 D-Modellen mit einer Sensorik soll diese Lücke schließen.

14.24

Da es bisher keine bewährten Automatisierungsver-fahren zur Erzeugung von Formelschrift für Blinde gibt, gibt es wenige in Blindenschrift übertragene Bücher oder andere Druckmedien mit mathematisch-naturwissenschaftlichem Inhalt; benötigt ein blinder Mathematiker ein Buch, muß er es sich manuell mü-hsam selbst in Punktschrift übertragen. Ziel des Pro-jektes **Entwicklung eines Automatisierungsverfah-rens zur computerbasierten Adaption von Formel-elementen für Blinde** ist, eine spezielle Konvertie-rungssoftware zu entwickeln und zu erproben, die aus den Formeldateien für Sehende Formeln in Punktschrift für Blinde automatisch erzeugt und das Erlernen des Regelsystems der Blinden-Mathematik-schrift überflüssig macht. Thematisch gliedert sich das Vorhaben in zwei Bereiche:

- Entwicklung von Adaptionsoftware und Einbin-dung der Programme in das bestehende Braille-Konvertierungssystem HBS (Hagener Braille-Soft-ware-System)
- sowie
- Evaluation zur Erprobung und anwendungsorien-tierten Weiterentwicklung der Software in un-terschiedlichen Anwendungsbereichen.

14.25

Daß auch Blinde Internet-Anwendungen beruflich nutzen können, wird zunehmend zur Einstellungs-voraussetzung werden. Ziel eines vom Bundesmi-nisterium für Arbeit und Sozialordnung geförderten Vorhabens ist daher, mit einem **blindengerechten Internet-Zugang** über einen taktilen Interaktions-Monitor eine blindengerechte Übersetzung von Inter-net-Nachrichten auf dem Arbeitsplatz-PC zu errei-chen; darüber hinaus sollen bei der blindengerechten Darstellung graphischer Benutzeroberflächen insgesamt deutliche Fortschritte erzielt werden.

14.26

In den letzten Jahren konnten auch schwerer und komplexer betroffene Schwerstkörperbehinderte ver-stärkt schulisch gefördert werden, hatten aber an-schließend kaum Möglichkeiten beruflicher Ausbil-dung. Mit dem Projekt **Berufliche Erstausbildung Schwerstkörperbehinderter** im Berufsbildungswerk Neuwied wurden zunächst die Rahmenbedingungen zur beruflichen Rehabilitation ermittelt und dann durch individuelle Anpassung

- von Ausbildungsinhalten einer Vollausbildung mit oder ohne Inanspruchnahme von § 48 des Berufs-bildungsgesetzes und
- der räumlichen, organisatorischen und personel-len Bedingungen

für den genannten Personenkreis in Büroberufen am Arbeitsmarkt verwertbare Qualifizierung zu errei-chen, insbesondere durch

- stärkere Nutzung der Datenverarbeitungstechnik in den Büroberufen,

- Arbeiten mittels Datenfernübertragung auch in der Wohnung,
- Verfeinerung der technischen Hilfsmittel durch Nutzung der Mikroelektronik und
- stärkere Betonung assistenzmäßiger Arbeits- und Ausbildungsinhalte gegenüber manuellen Hilfstätigkeiten.

Der Verlauf des Projekts und die Abschlußprüfung haben bestätigt, daß eine Berufsausbildung auch bei jungen Menschen mit einer Schwerstbehinderung möglich ist; von den sieben Teilnehmern, die sich der Abschlußprüfung unterzogen, haben im Ergebnis alle bestanden; allerdings fand keiner der Absolventen unmittelbar danach einen Arbeitsplatz. Einige Rehabilitanden haben in einer Integrationsfirma einen ihrer beruflichen Qualifikation entsprechenden Arbeitsplatz gefunden.

14.27

Klassische Berufsfindungs- und Arbeitserprobungs-Verläufe werden von psychisch belasteten Teilnehmern oft als überfordernd und unverständlich erlebt; insbesondere findet das Berufsfindungs-Ergebnis oft keinen Eingang in das berufliche Selbstkonzept. Ziel des Vorhabens **Berufsfindung und Arbeitserprobung für psychisch Behinderte** war es, Vorgehensweisen zu entwickeln und zu erproben, aufgrund deren sich die Teilnehmer mit den Ergebnissen der Berufsfindung und der Arbeitserprobung identifizieren; dazu schien es vor allem notwendig, daß sie

- ihre bisherigen Berufserfahrungen intensiv reflektieren, um zu erkennen, woran eine Eingliederung bisher gescheitert ist, aber auch, worin berufliche Stärken bestehen, und
- schrittweise selbst realistische Berufsvorstellungen entwickeln.

Dieser Prozeß wurde in moderierter Gruppenarbeit durchgeführt, was sich auch bei der Berufsfindung Jugendlicher bewährt hat. Zwischenergebnisse wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe „Multiplikatoren“ erörtert und mit den Erfahrungen anderer Einrichtungen abgeglichen. Als Ergebnisse des Projektes wurden auf der Basis der Projekterfahrung aller beteiligten Einrichtungen

- Entwicklungen zur Verbesserung der Berufsfindung mit psychisch Behinderten initiiert und
- Handreichungen zur Optimierung der entsprechenden Arbeitsbereiche

geschaffen.

14.28

In den alten Bundesländern ist inzwischen ein fast flächendeckendes Netz von psychosozialen Diensten eingerichtet; Träger sind unterschiedliche Organisationen. Insgesamt bestand bisher keine hinreichende Klarheit über die Inhalte der Tätigkeiten dieser Dienste, über ihre Abgrenzung zu anderen psychosozialen Unterstützungsangeboten, ihre Effizienz für die Lösung der Probleme am Arbeitsplatz wie auch über

mögliche Einflüsse auf Langzeitverläufe und Krankheitsentwicklung. Eine wissenschaftliche Begleitung der Erprobung eines begleitenden Beratungs- und Betreuungsdienstes zur **psychosozialen Betreuung** im Rahmen der begleitenden Hilfe nach dem Schwerbehindertengesetz ging wie folgt vor:

- Über alle Behinderten, die von diesen Diensten beraten oder betreut werden, wurde eine Basisdokumentation erhoben. Diese beschreibt den Personenkreis, dokumentiert die eingeleiteten Maßnahmen, erhebt einige grundlegende Daten zur Krankheit oder Behinderung, zur sozialen Integration, zum Arbeitsverhältnis, zur Arbeitstätigkeit und den Problemen am Arbeitsplatz und erfaßt das erreichte Ergebnis der Beratungs- oder Betreuungstätigkeit.
- Die Klienten, die längerfristig betreut werden, wurden von der Forschungsstelle interviewt und psychiatrisch untersucht und in den folgenden Jahren jährlich einmal katamnestisch untersucht.

Auf dieser Grundlage wurden die erforderlichen Tätigkeitsinhalte psychosozialer Dienste näher bestimmt, konkrete Handlungsanleitungen entwickelt sowie inhaltliche Standards für die Betreuung typischer Klientengruppen in typischen Konfliktkonstellationen erstellt.

14.29

Im Rahmen der Entwicklung eines Leitfadens für die Einrichtung von **Telearbeitsplätzen für behinderte Menschen** wurden die für behinderte Arbeitnehmer besonders relevanten Aspekte von Telearbeit wie

- flexible Arbeitszeiten,
- berufliche Mobilität bei gleichzeitiger Beibehaltung örtlicher Bindungen und
- weitgehender Wegfall von Wegen zum Arbeitsplatz

untersucht, aber auch Grenzen und Probleme von Telearbeit wie

- soziale Isolation der Telearbeiter,
- Verluste von Qualifikationen und
- Verlust von Akzeptanz.

Der inzwischen vorliegende Leitfaden unterstützt die Einrichtung von Telearbeitsplätzen für behinderte Menschen und ist zugleich eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation auf diesem Gebiet. Der Bericht wird zur Zeit für eine Veröffentlichung vorbereitet.

14.30

In den letzten Jahren hat sich eine Vielzahl unterschiedlicher Beschäftigungsprojekte, darunter „Selbsthilfefirmen“ für psychisch Behinderte entwickelt, die Schwerbehinderten eine besondere Form der Beschäftigung bieten. Mit dem vorliegenden Forschungsbericht **„Bestandsanalyse der besonderen Betriebe zur Beschäftigung Schwerbehinderter“** ist ein systematischer Gesamtüberblick zu diesen unter-

schiedlichen Formen und Konzepten erstellt worden, und zwar als zahlenmäßiger Überblick sowie als Beschreibung von Ist-Zustand und Praxis in den Bundesländern. „Besondere Betriebe“ sind unterschiedliche Betriebs- und Unternehmensformen, die als reguläre Unternehmen neben ihrem wirtschaftlichen Unternehmenszweck ein weiteres Ziel verfolgen, Arbeitsplätze für Behinderte und Schwerbehinderte zu schaffen. „Integrationsfirmen“, „Selbsthilfebetriebe“, „Zuverdienstprojekte“, „Übergangsfirmen“, „Geschützte Betriebsabteilungen“, „Technische Sozialbetriebe“, „Soziale Betriebe“ und „gemeinnützige Leiharbeitsfirmen“ sind Bezeichnungen, die sich während der letzten Jahre dafür herausgebildet haben.

Nach einer Beschreibung der arbeitsmarktpolitischen Hintergründe werden die verschiedenen Betriebs- und Firmentypen definiert und ihre jeweiligen Besonderheiten dargestellt. Nach einer Zusammenstellung einschlägiger Meinungen und Vorschläge von Verbänden folgt als Ergebnis der Datenerhebung und der Auswertung unterschiedlicher Quellen ein statistischer Überblick, ein Einblick zur Wirtschaftlichkeit der Betriebe, zu Bedeutung und Umfang der finanziellen Förderung sowie zur Personalsituation und Organisationsstruktur.

14.31

In einer Untersuchung zu **Strategien zur Vermittlung und Plazierung psychisch Behinderter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt** wurde der Übergang psychisch Behinderter aus psychiatrischen Kliniken und aus Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation in eine dauerhafte Beschäftigung verfolgt und die Frage geprüft, welche Vorbereitungs- und Vermittlungsaktivitäten sich dabei bewähren; einbezogen wurden Aktivitäten aller an der beruflichen Eingliederung beteiligten Dienste, also der Arbeitsverwaltung, der Hauptfürsorgestellen einschließlich ihrer psychosozialen Dienste, der psychiatrischen Kliniken und der Träger von beruflichen Rehabilitationseinrichtungen, sowie die Haltung der Unternehmen bei der Einstellung psychisch Behinderter. Als Ergebnis der Untersuchung wurden Handlungsvorschläge sowie Informations- und Beratungsmaterialien für die genannten Dienste zur Verbesserung der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter erstellt.

14.32

Das Ziel der Eingliederung Behinderter, insbesondere Schwerbehinderter, ins Berufsleben bildete den Ausgangspunkt für die Erstellung eines bereichsübergreifend verwendbaren Merkmalkatalogs als Voraussetzung für die Entwicklung eines Verfahrens zur **behinderungsbezogenen Beschreibung von Arbeitsanforderungen**. In dem Projekt entwickelten Arbeitswissenschaftler, Arbeitsmediziner und Psychologen zusammen ein Verfahren, mit dem Anforderungen konkreter Arbeitsplätze mit dem Leistungsvermögen der für diese Arbeitsplätze in Betracht kommenden Behinderten abgeglichen werden können, und führten dabei die vielfältigen bereits vorliegenden und teilweise auch erprobten Ansätze

zusammen. Ein Vergleich von Fähigkeiten und Anforderungen führt zu einer behinderungsbezogenen Beurteilung des Arbeitsplatzes, gegebenenfalls auch zu Hinweisen auf noch benötigte Arbeitsplatzausstattungen und Trainingsmaßnahmen. Der bisher erreichte Stand der Arbeiten ist unter dem Titel „Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt – IMBA“ in einer Loseblatt-Sammlung zusammengefaßt und auch in Form eines Computerprogramms nutzbar, wird jedoch noch getestet und fortentwickelt, insbesondere durch

- Einführung des Verfahrens in interessierten Betrieben und Einrichtungen beruflicher und medizinischer Rehabilitation und die Schulung von Anwendern,
- Fortentwicklung vorhandener Schulungskonzeptionen und -materialien für die Gesamtanwendung sowie die anwenderspezifische Nutzung,
- kontinuierliche Auswertung von Anwendererfahrungen zur weiteren Optimierung des Verfahrens,
- Fortentwicklung der EDV-gestützten Anwendungsversion zu einem Expertensystem und Verknüpfung mit der Datenbank REHADAT.

Die erstellten Materialien wurden außerdem auf der Ebene einer **Arbeitsgruppe beim Europarat** mit ähnlichen Ansätzen anderer Länder abgeglichen, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Internationalen Klassifikation der Beeinträchtigungen, Behinderungen und Benachteiligungen (International classification of impairments, disabilities and handicaps – ICDH –). Die Arbeitsgruppe hat ihre Arbeit im ersten Halbjahr 1996 abgeschlossen und zahlreiche einschlägige Materialien und Texte veröffentlicht; als wichtigstes Ergebnis hat das Ministerkomitee 1995 eine Charta des Europarats über die berufliche Begutachtung Behinderter gebilligt.

14.33

In zunehmendem Maße sind **besondere Problemlagen behinderter Frauen** Gegenstand von Forschungsvorhaben. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wurde 1995 eine Expertise über Forschungslage und Forschungsbedarf zur Lebenssituation behinderter Frauen in Deutschland erstellt. Diese Expertise macht die mangelhafte Datenlage und den wissenschaftlichen Forschungsbedarf deutlich, auch hinsichtlich der veränderten Situation im vereinten Deutschland. Die Expertise stellt den Stand der Forschung dar und hinterfragt die wenigen vorliegenden empirischen Studien zur Lebenssituation behinderter Frauen auf ihre wissenschaftlich und frauenpolitisch relevanten Aussagen, um darauf aufbauend den zusätzlichen Forschungsbedarf unter Berücksichtigung theoretischer und methodischer Aspekte zu bestimmen.

Um dem verstärkten Forschungsbedarf gerecht zu werden, hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend weiterhin eine **zweijährige wissenschaftliche Untersuchung zur Lebenssituation von Frauen mit Behinderung** in Auftrag gegeben. Die Untersuchung umfaßt alle für Frauen relevanten Lebenssituationen und soll den objektiven und subjektiven Bedarf an Unterstützung zur Verbes-

serung ihrer Situation herausarbeiten sowie Schwierigkeiten und Möglichkeiten der politischen Interessendurchsetzung aufzeigen. Die Untersuchung sieht neben der Aufarbeitung der Fachliteratur eine schriftliche Befragung von 5 000 behinderten Frauen zwischen 16 und 60 Jahren vor sowie zusätzliche qualitative Interviews. Die Untersuchung umfaßt auch einen qualitativen Ost-West-Vergleich, stellt die Frage nach der doppelten Diskriminierung behinderter Frauen in den Mittelpunkt und legt gleichzeitig großes Gewicht auf die Erfassung von Bewältigungsstrategien und Durchsetzungsmöglichkeiten. Die wissenschaftliche Untersuchung läuft bis September 1998.

Um den im Dritten Bericht der Bundesregierung zur Lage der Behinderten vom März 1994 beschriebenen Beratungsmangel für Frauen mit Behinderung abzubauen, finanziert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend seit Oktober 1996 ein dreijähriges Projekt, welches Beraterinnen, die selbst Behinderungen haben, nach dem „Peer-Counseling-Prinzip“, d. h. Beratung Betroffener durch Betroffene, qualifiziert. Das **Vorhaben zur Entwicklung und Erprobung curricularer Elemente zur Schulung behinderter Beraterinnen** soll dem bestehenden Mangel an geschlechtsspezifischer Beratung für Frauen und Mädchen abhelfen. Ziel der Beratung ist die Unterstützung einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung. Daneben hält es die Bundesregierung für sehr wichtig, an der Erarbeitung von Konzeptionen für entsprechende Projekte Wissenschaftlerinnen und Fachfrauen zu beteiligen, die selbst behindert sind und Erfahrungen in der Interessenvertretung behinderter Frauen besitzen. Die in dem Projekt zu erarbeitenden Schulungsmaterialien und ein entsprechender Leitfaden sollen sowohl den Frauenberatungsstellen als auch den Einrichtungen der Behindertenhilfe und den Verbänden zur Verfügung gestellt werden. Ziel des Vorhabens ist es, bereits bestehende Beratungsstellen zugunsten von Frauen mit Behinderung zu verbessern und für sie leichter nutzbar zu machen. Das Vorhaben wird im September 1999 abgeschlossen sein.

Eine vom Deutschen Gehörlosenbund durchgeführte Fragebogenaktion zur Lebenssituation gehörloser Frauen wurde finanziell vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt.

14.34

Das nordrhein-westfälische Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann hat eine Untersuchung zum Thema **„Alleinerziehende mit behinderten Kindern“** vergeben, um festzustellen, welche Rahmenbedingungen für Alleinerziehende zu schaffen und wo entsprechende Hilfen anzusetzen sind. Das Ministerium hat ein weiteres Gutachten vergeben, um die spezifischen Benachteiligungen von Frauen mit Behinderungen zu erfassen und bestehende Defizite im Bereich der Erwerbstätigkeit aufzuarbeiten.

Die Forschungsergebnisse wurden bei einem Kongreß zum Thema „Mittendrin? Frauen und Mädchen mit Behinderungen in der Arbeitswelt“ präsentiert und mit den Betroffenen erörtert.

14.35

Die persönliche Betreuung entsprechend dem Betreuungsgesetz soll vor allem durch ehrenamtlich tätige Betreuerinnen und Betreuer sichergestellt werden. Um diese Intention in der Praxis zu unterstützen, wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von 1991 bis 1995 **Modellmaßnahmen zur Förderung der ehrenamtlichen Tätigkeit im Betreuungswesen** durchgeführt. Mit dem Angebot bedarfsgerechter Unterstützungs- und Fördermaßnahmen für ehrenamtliche Betreuer wurde mit dem Modellprojekt angestrebt,

- in der Bevölkerung die Bereitschaft zur Übernahme einer ehrenamtlichen Betreuung zu stimulieren,
- durch Entlastung und konkrete Hilfestellungen für die Betreuer eine sachgerechte Wahrnehmung der persönlichen Betreuung zu ermöglichen,
- durch angemessene Schulung eine Betreuung nach den anerkannten fachlichen Standards zu erreichen,
- mangelndes Vertrauen ehrenamtlicher Betreuer in die eigenen Fähigkeiten zugunsten von „Regiefähigkeiten“ wie Hilfeplanerstellung, Durchsetzung von Interessen des Betreuten gegen Widerstände zu verringern und
- eine Infrastruktur für die kontinuierliche Gewinnung und Beratung in den Kommunen aufzubauen.

Eine zentrale Funktion bei der Umsetzung des Betreuungsgesetzes kommt nach dem Willen des Gesetzgebers den Betreuungsvereinen zu, die deshalb im Rahmen des Modellprojektes als Anlauf- und Förderstellen für den Ausbau ehrenamtlicher Betreuung ein differenziertes Profil von Querschnittsaufgaben entwickelt haben.

Mit dem Modellprojekt konnte nachgewiesen werden, daß es auch für die ehrenamtliche Betreuungstätigkeit nennenswerte mobilisierbare Potentiale in der Bevölkerung gibt und daß es erfolgsversprechend ist, bei der Erschließung dieser Potentiale Mittel und Methoden des sozialen Marketings einzusetzen. Die im Modellprojekt entwickelten Informations- und Werbematerialien, die gezielt auf die Bedürfnisse nicht professioneller ehrenamtlich tätiger Betreuerinnen und Betreuer abgestellt sind, haben bei Betreuungsvereinen und Betreuungsbehörden bundesweit breite Zustimmung erfahren; nach wie vor besteht große Nachfrage.

14.36

Ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung ist sehbehindert und hat Schwierigkeiten bei der Aufnahme von visuellen Informationen. Entsprechend einem Beschluß des Deutschen Bundestages vom Oktober 1990 hat das Bundesministerium für Familie und Senioren, danach das Bundesministerium für Gesundheit von 1992 bis 1995 ein Forschungsprojekt mit dem Titel „Orientierungshilfen für Sehbehinderte im öffentlichen Bereich durch Verbesserung der visuellen Kontraste“ durchgeführt. Die wesentlichen Erkenntnisse des Forschungsprojektes wurden 1996

als Empfehlungen in einem Handbuch zur „Verbesserung von visuellen Informationen im öffentlichen Raum“ zusammengefaßt. Das überaus positive Echo – auch international – läßt erwarten, daß diese Empfehlungen schnell in die Praxis umgesetzt werden, was nachhaltig nicht nur die Situation sehbehinderter Menschen verbessert.

14.37

Im Rahmen des **Forschungsprogramms Stadtverkehr** hat das Bundesministerium für Verkehr eine Reihe von Forschungsprojekten zugunsten Behinderter und anderer Mobilitätseingeschränkter gefördert, zum Beispiel Städtestudien, Haltestellenum- und -neubau, Blinden-Informations- und Leitsystem, Anforderungen an fahrgastfreundliche und behindertengerechte Verkehrsmittel, behindertenfreundliche Informationssysteme. Die Ergebnisse dieser Forschungs- und Entwicklungsarbeiten wurden und werden in geeigneter Weise veröffentlicht.

Im April 1992 erschien eine Handreichung für die Praktiker **„Niederflur-Verkehrssystem: Gestaltung von Haltestellen in den alten und neuen Bundesländern“**; bei zwei Seminaren in Dresden und Lübeck wurden die Ergebnisse der zugrundeliegenden Forschungsarbeiten der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Im Dezember 1992 wurde das Handbuch **„Bürgerfreundliche und behindertengerechte Gestaltung des Straßenraums“** bei der Bundesanstalt für Straßenwesen in Bergisch-Gladbach vorgestellt und in 20 000 Exemplaren an die örtlich zuständigen Planer und Bauausführenden weitergegeben. 1994 erschien eine praxisorientierte Zusammenfassung des Forschungsprojektes **„Empfehlungen zur flächenhaften Verkehrsberuhigung städtischer Teilgebiete in den neuen Bundesländern“**, in dem die Belange mobilitätseingeschränkter und behinderter Personen besonders berücksichtigt wurden. Gegenwärtig wird im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr an einem Handbuch **„Bürgerfreundliche und behindertengerechte Gestaltung von Haltestellen des öffentlichen Personennahverkehrs“** gearbeitet; es soll noch in diesem Jahr veröffentlicht werden.

Das Bundesministerium für Verkehr hat im Bereich Telematik das Projekt **„Deutschlandweite elektronische Fahrplaninformation – DELFI“** initiiert, um über ein bundesweites, den gesamten öffentlichen Verkehr umfassendes Auskunftssystem die Kunden mit einer durchgängigen Information „von Haustür zu Haustür“ bedienen zu können. Die Fernverbindungen der Deutsche Bahn AG sollen ebenso in die Auskunft eingebunden werden wie die lokalen Verbindungen im öffentlichen Personennahverkehr im Start- und Zielgebiet; im Projekt arbeiten die Verkehrsunternehmen und -verbände mit den wichtigsten Systemanbietern für Auskunftstechnologien zusammen.

Die Vorteile einer durchgängigen Auskunftslinie, die serviceerweitert auch die Fahrpreise und die elektronische Bezahlung sowie den Taxiverkehr einbinden könnte, liegen auf der Hand – für alle Fahrgäste, also gerade auch für mobilitätseingeschränkte und -behinderte.

14.38

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.

14.39

Im Anschluß an die 1992 durchgeführte Untersuchung zur Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen in privaten Haushalten hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Ende 1994 eine weitere Repräsentativerhebung durchführen lassen, und zwar zu **Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe**. Gegenstand der Untersuchung waren dabei die Lebenssituation sowie der Bedarf an Hilfe und Pflege von Menschen, die gegenwärtig und auf absehbare Zeit in Heimen leben. Mit den Untersuchungsergebnissen stehen erstmals repräsentative Daten für diesen Personenkreis für die gesamte Bundesrepublik Deutschland nach der Vereinigung zur Verfügung.

Gegenwärtig leben etwa 661 000 Menschen in etwa 8 300 Alteinrichtungen (Altenpflegeheime, Altenheime und Altenwohnheime) und etwa 142 000 Bewohnerinnen und Bewohner in etwa 3 000 Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Insgesamt ergibt sich damit eine Gesamtzahl von rund 800 000 Menschen aller Altersklassen, die auf Dauer in einem Heim leben.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Untersuchung ein sehr differenziertes Bild der Situation in den Einrichtungen. Sie markieren den gegenwärtigen Stand des Angebotes an Wohneinrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe und ermöglichen einen konkreten Einblick in die tatsächlichen Lebensumstände von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf.

Betrachtet man Einrichtungen für alte und behinderte Menschen als Orte des Lebens und Wohnens, in denen den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Individualität und Privatheit respektiert und gefördert werden sollen, dann besteht noch in vielen Einrichtungen diesbezüglich Verbesserungsbedarf.

In Verbindung mit den Ergebnissen der 1991 durchgeführten Untersuchung in privaten Haushalten liegt damit zum ersten Mal ein in sich geschlossener Überblick zur Situation von Menschen mit Hilfe- oder Pflegebedarf aller Altersklassen in Deutschland und ihrer familiären und professionellen Helfer vor. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, stärker als bisher die vorhandenen Möglichkeiten einer selbständigen Lebensführung in privaten Haushalten und Einrichtungen auszubauen.

14.40

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. Da Bilder als Zusatzinformation vor allem für „Technische Hilfen“ und „Praxisbeispiele“ große Bedeutung haben, werden, soweit sinnvoll, auf der CD-ROM auch Bilder dokumentiert; auch die Integration von Videofilmen wird zukünftig an Bedeutung gewinnen, vor allem für die „Praxisbeispiele“.

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 – kostenlos für die Nutzer – als unterschiedliche Zugriffsmöglichkeiten

- Bezug der Datenbank auf CD-ROM,
- Zugriff durch telefonische oder schriftliche Anfrage und
- Online-Zugriff bei entsprechenden technischen Voraussetzungen;

seit Oktober 1997 ist REHADAT auch im Internet abrufbar (<http://www.rehadat.de>).

REHADAT befindet sich zur Zeit in der dritten Projektphase. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben die Notwendigkeit gezeigt, daß aus Mitteln des Ausgleichsfonds geförderte Projekt weiterzuführen sowie auf verschiedenen Arbeitsfeldern weiterzuentwickeln durch

- Erfassung und ständige Aktualisierung bereits vorhandener Informationen sowie Erweiterung des Informationsangebots,
- Entwicklung von Informationsnetzungen zwischen den REHADAT-Datenbanken und
- Nutzung neuer Informationstechnologien.

Die große Menge an Informationen, die in REHADAT enthalten sind und die laufend aktualisiert werden, bieten eine solide Basis für die Beantwortung von Fragen aller Art. Aufgrund zunehmenden Interesses und steigenden Bekanntheitsgrads von REHADAT – auch in anderen Ländern – drängen Nutzer immer stärker auf Vollständigkeit der Dokumentation, zum Beispiel bei den technischen Hilfen. Dies wird sich mit dem fortschreitenden Integrationsprozeß der Europäischen Union in den nächsten Jahren noch verstärken; aber auch in anderen Bereichen wird die Nachfrage nach Informationen aus anderen Ländern immer größer, beispielsweise nach ausländischen Praxisbeispielen.

14.41

Dem in den letzten Jahren erheblich gestiegenen Interesse an der umfassenden Auseinandersetzung mit Problemen der Rehabilitationswissenschaften sowie an dem wissenschaftlichen Austausch und der Zusammenarbeit auf diesem Gebiet trägt ein **„Verzeichnis der Rehabilitationswissenschaftler“** Rechnung, das von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in Zusammenarbeit mit der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter jährlich herausgegeben wird. Mit dieser Dokumentation soll die wissenschaftliche Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Rehabilitationswissenschaften gefördert und ein Beitrag zur Verbesserung der Transparenz in diesem Forschungsfeld geleistet werden.

1998 findet an der Humboldt-Universität Berlin der europäische Kongreß der European Federation for Research in Rehabilitation (EFRR) statt, der auch von der Bundesregierung unterstützt wird.

15. Weiterentwicklung des Rechts zur Eingliederung Behinderter

15.1

Im Zuge der im November 1994 in Kraft getretenen Verfassungsreform wurde das Grundgesetz um ein neues Grundrecht zugunsten Behinderter ergänzt. Nach dem neuen Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 darf „niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“. Mit diesem **Benachteiligungsverbot** sind die bisherigen Bemühungen auf dem Weg zu einer

gleichberechtigten Teilhabe behinderter Menschen am Leben der Gesellschaft einerseits bestätigt worden, andererseits einen wichtigen Schritt weitergekommen; der Ansatz der Integration Behinderter wurde ausdrücklicher Bestandteil der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland, und der Schutz Behinderter vor Benachteiligungen wird als Verfassungswert anerkannt.

Das Benachteiligungsverbot ist kein bloßer Programmsatz, sondern bindet als Grundrecht Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung (Artikel 1 Abs. 3 Grundgesetz); diese Bindung gilt nicht nur für die Organe des Bundes, sondern auch für die Gesetzgebung, Verwaltung und Justiz der Länder. Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz gibt Behinderten einen Anspruch darauf, daß benachteiligende Entscheidungen und Maßnahmen der öffentlichen Gewalt grundsätzlich nicht an eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung als Grundlage anknüpfen. Daher sind „Ausführungsgesetze“ zu diesem Grundrecht grundsätzlich nicht erforderlich. Als Individualgrundrecht schützt und berechtigt es keine Gruppen, sondern die einzelnen Behinderten.

Bürger im privaten Rechtsverkehr sind diesem Benachteiligungsverbot nicht unmittelbar unterworfen; jedoch wirkt es als objektive Wertentscheidung des Verfassungsgesetzgebers auch auf private Rechtsbeziehungen ein. Auf solche Rechtsbeziehungen entfalten die Grundrechte eine mittelbare Drittwirkung, da die Rechtsbeziehungen Privater untereinander unter Berücksichtigung der betroffenen Grundrechte interpretiert werden müssen. Ein Urteil wie das sogenannte „Flensburger Urteil“, das einer Familie Minderung des Reisepreises zubilligte, weil sie im Hotel gemeinsam mit einer Gruppe behinderter Menschen die Mahlzeiten einnehmen mußte, würde sich aufgrund des Benachteiligungsverbots und seiner Wirkungen über die Generalklauseln des bürgerlichen Rechts heute erst recht verbieten, und zwar ohne eine ausdrückliche Änderung des Reisevertragsrechts.

Die Beschränkung auf das Verbot einer Benachteiligung in Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes stellt klar, daß bevorzugende Maßnahmen zum Ausgleich bestehender Nachteile Behinderter weiterhin nicht nur zulässig, sondern geboten sind. Es bleibt Gestaltungsaufgabe des „einfachen“ Gesetzgebers, im Rahmen seiner Möglichkeiten und unter Berücksichtigung des Sozialstaatsgrundsatzes tätig zu werden.

15.2

Im Oktober 1997 hat das **Bundesverfassungsgericht** in einer Entscheidung über eine Verfassungsbeschwerde Inhalt und Grenzen des neuen Grundrechts erstmals näher bestimmt. Eine Schülerin hatte sich gegen die Entscheidung der niedersächsischen Schulbehörde, sie von der integrativen Gesamtschule auf eine Sonderschule zu verweisen, an das Bundesverfassungsgericht gewandt. Im einstweiligen Verfahren hatte das Verfassungsgericht die Überweisung an die Sonderschule zunächst gestoppt, in der

endgültigen Entscheidung die Verfassungsbeschwerde jedoch zurückgewiesen, weil es in dem zu beurteilenden Fall keine Grundrechtsverletzung gegeben sah. Nach Auffassung des Gerichts stellt die Überweisung behinderter Schüler an eine Sonderschule nicht schon für sich eine verbotene Benachteiligung dar; eine solche sei erst gegeben, wenn eine Überweisung erfolgt, obwohl eine Unterrichtung an einer allgemeinen Schule möglich ist und auch personelle, sachliche und organisatorische Schwierigkeiten nicht entgegenstehen. Dabei hat das Bundesverfassungsgericht deutlich gemacht, daß Entscheidungen dieser Art, um den Kern des Grundrechts nicht zu verletzen, in jedem Fall eine genaue und gut begründete Abwägung in einem angemessenen Verfahren erfordern. Die rechtswissenschaftliche Diskussion über die Auslegung der neuen Verfassungsbestimmung ist mit dieser Entscheidung mit Sicherheit nicht abgeschlossen.

15.3

Auch wenn Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz kein unmittelbares Handlungsgebot für den **Gesetzgeber** enthält, hält die Bundesregierung es grundsätzlich für sinnvoll, zur Ergänzung – nicht zur Ausfüllung – des Benachteiligungsverbots Regelungen zu ändern, die von Behinderten als diskriminierend oder benachteiligend angesehen werden. In diesem Zusammenhang nennen Verbände beispielsweise

- § 8 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, wonach Geschäftsunfähige keinen Wohnsitz begründen können,
- §§ 104 und 105 des Bürgerlichen Gesetzbuchs über die Geschäftsunfähigkeit,
- § 828 Abs. 2 Satz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, der „Taubstumme“ bei Haftungsfragen unabhängig vom Alter Minderjährigen gleichstellt,
- die Verpflichtung Behinderter, vor Erlangung einer Fahrerlaubnis ein psychologisches Gutachten vorzulegen,
- feuerpolizeiliche Vorschriften, nach denen Behinderten der Zutritt in Einrichtungen verwehrt oder eingeschränkt wird, und
- den Ausschluß Blinder als Schöffen, Vorsitzende Richter oder Einzelrichter im Strafverfahren.

15.4

Viele derartige Regelungen sind auch ohne ausdrückliche Rechtsänderung schon heute **in verfassungskonformer Weise auszulegen**. Dies gilt beispielsweise für § 187 Abs. 1 des Gerichtsverfassungsgesetzes, der es nach seinem Wortlaut in das Ermessen des Gerichts stellt, ob einer gehörlosen Partei der Vortrag gestattet wird. Unter Berücksichtigung des verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbots dürfen Gerichte ihr Ermessen nur so ausüben, daß der Vortrag Gehörloser jedenfalls nicht aus Gründen ihrer Behinderung eingeschränkt wird, also in aller Regel zuzulassen ist, bei Bedarf unter Zuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers; diese Rechts-

lage ergab sich vor Ergänzung des Artikel 3 des Grundgesetzes auch aus der Verpflichtung der Gerichte, den Anspruch auf rechtliches Gehör zu beachten (Artikel 103 des Grundgesetzes).

15.5

Bei der Weiterentwicklung des Rechts zur Eingliederung Behinderter kommt der vorgesehenen Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts in das Sozialgesetzbuch eine besondere Bedeutung zu. Die Hilfen zur Eingliederung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft insgesamt wurden in den letzten Jahren zu einem durchgängigen, in sich aber recht differenzierten und sich ständig verändernden System sozialrechtlicher und anderer Vorschriften ausgestaltet. Dieses in der Sache durchgängige System von Leistungen und sonstigen Hilfen hat bisher keinen angemessenen Ausdruck in der rechtlichen Ausgestaltung gefunden. Vielmehr bestehen neben dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz, dem Schwerbehindertengesetz und dem Bundessozialhilfegesetz zahlreiche Einzelvorschriften in anderen Gesetzen und Verordnungen, so daß Rechtsauslegung, Rechtsanwendung und Nutzung der Vorschriften insbesondere auch für die Behinderten und von Behinderung Bedrohten erschwert sind. Vielen Betroffenen fällt es schwer, sich zurechtzufinden, auch Fachleuten, die ihre konkrete Praxis- und Fallarbeit zunehmend dadurch beeinträchtigt sehen, daß immer komplexere und in Teilen manchmal nicht miteinander kompatible Regelungen zu beachten und zu prüfen sind. Stärker denn je – und damit gegenläufig zu dem Bestreben, behinderte Menschen als eigenverantwortliche Gestalter ihres Lebens zu respektieren – sind Betroffene auf professionelle Beratung angewiesen, damit sie die ihnen zustehenden Hilfen zeitnah in Anspruch nehmen können.

Verwirrend und störend im Hinblick auf die Zielsetzung, alle Möglichkeiten der Rehabilitation zu nutzen und behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen 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 (zum Beispiel Hilfsmittel, Leistungen zur Eingliederung ins Arbeitsleben, Pflege), 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 fördert, während für Behinderte oder von Behinderung Bedrohte die Leistungen und sonstigen Hilfen zur Eingliederung vor allem in ihrem Zusammenwirken von Bedeutung sind.

15.6

Das Sozialgesetzbuch selbst enthält in § 10 des Allgemeinen Teils in der Form eines „**sozialen Rechts**“ konkrete Zielsetzungen zur Eingliederung Behinderter, die allen Einzelbereichen übergeordnet sind. Dieses „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. Das aus den Einzelfallregelungen der einzelnen Sozialleistungsbereiche gewachsene, gegliederte System der Rehabilitation hat sich im Grundsatz bis heute bewährt, kann die **Aufgaben der Eingliederung Behinderter** jedoch auf Dauer nur dann adäquat lösen – und damit sozialpolitisch auf Dauer akzeptabel sein –, wenn die Betroffenen selbst aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten keine Verzögerungen oder sonstige Nachteile erleiden. Nicht Art oder Umfang einzelner Leistungen, sondern deren zielgerichteter Einsatz, die Harmonisierung und Koordinierung der Leistungen sowie ein nahtloser Verfahrensablauf sind in Deutschland die Kernprobleme der Rehabilitation.

Darüber hinaus gibt der mit dem Benachteiligungsverbot verbundene **Perspektivenwechsel** in der Behindertenpolitik Anlaß, von einem trägerbezogenen zu einem betroffenenbezogenen Stil der Rechtsetzung überzugehen. Richtig verstandene und wirkungsvolle Rehabilitation besteht heutzutage nicht mehr aus konfektionierten „Maßnahmen“, zu denen man „einberufen“ wird, sondern ist eine dem individuellen Bedarf und den individuellen Gegebenheiten entsprechende Hilfe zur Selbsthilfe.

15.7

Perspektiven zur Rehabilitation und Eingliederung Behinderter lassen sich nur entwickeln, wenn auch **Inhalte fortentwickelt** werden. Allerdings läßt die äußerst angespannte Situation in allen öffentlichen Haushalten – beim Bund, bei den Ländern und Gemeinden ebenso wie bei den Sozialleistungsträgern – auf absehbare Zeit keine Mehrausgaben durch zusätzliche Leistungsinhalte zu. Verbesserungen sind jedoch nicht immer mit Mehrausgaben verbunden. Durch „intelligente Lösungen“ zur Rehabilitation und Eingliederung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen sind auch Einsparungen zu erwarten sowohl kurzfristig (zum Beispiel bei den Kosten für Krankenbehandlung, Krankengeld und Arbeitslosengeld) als auch bei langfristig angelegten Leistungen (zum Beispiel Renten, Aufwendungen für Pflege, Hilfe zum Lebensunterhalt), denn Behinderte sind derzeit oft auf derartige Leistungen angewiesen, weil bestehende Möglichkeiten zu Rehabilitation und Eingliederung tatsächlich nicht genutzt werden.

Zum Beispiel geht es um Zielsetzungen wie

- konsequente Umsetzung der Grundsätze „Rehabilitation vor Rente“ und „Rehabilitation vor Pflege“,
- Absicherung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sowie eines gestuften Systems ambulanter, teilstationärer und stationärer Leistungen und Ein-

richtungen zur Rehabilitation, soweit dies mit den Eingliederungszielen der unterschiedlichen Sozialleistungsträger vereinbar ist,

- Klarstellung, daß die Ziele der medizinischen Rehabilitation schon während der stationären und ambulanten Akutbehandlung zu berücksichtigen sind,
- Unterstützung der stufenweisen beruflichen Wiedereingliederung in allen Trägerbereichen,
- Verbesserung der Möglichkeiten für Frauen, an berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation teilzunehmen,
- Verbesserung der Rehabilitationsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Behinderte,
- Klarstellung entsprechend der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts, daß Rehabilitanden in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken keine Arbeitnehmer sind,
- Erweiterung des Förderungsinstrumentariums der Ausgleichsabgabe, insbesondere auch zur Erleichterung des Übergangs aus Werkstätten für Behinderte in Arbeitsverhältnisse zu Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts,
- Verbesserung der Rechtsstellung der Vertrauensleute der Schwerbehinderten,
- eine genauere Umschreibung und Abgrenzung der Aufgaben der Hauptfürsorgestellen.

15.8

Eine wichtige Aufgabe des SGB IX ist eine **bessere Koordinierung der vorhandenen Instrumente und eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Träger**, um die Leistungen noch wirksamer zu gestalten. Hier gibt es verschiedene Ansatzpunkte, um zu Verbesserungen zu kommen, beispielsweise Verbesserungen bei den Vorleistungsregelungen und dem Gesamtplan, der Bildung von Arbeitsgemeinschaften oder der Festlegung von Koordinierungsaufgaben. Beim SGB IX geht es im übrigen nicht nur um das Rehabilitationsrecht, sondern auch um das Schwerbehindertenrecht, das bei der Einordnung möglichst eng mit dem einschlägigen Rehabilitationsrecht verzahnt werden soll. Hierdurch soll das Zusammenwirken beider Rechtsbereiche – insbesondere bei der beruflichen Eingliederung Schwerbehinderter – auch im rechtlichen Instrumentarium gefördert werden.

Im Zuge der Schaffung eines SGB IX sollen rechtliche Verbesserungen zugunsten behinderter Menschen auch über den Bereich des Sozialrechts hinaus geprüft werden, insbesondere die bereits angesprochenen Forderungen im Zusammenhang mit der Änderung als diskriminierend oder benachteiligend angesehener Regelungen und mit der vollen Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft.

15.9

Für die laufende Legislaturperiode sah die **Koalitionsvereinbarung** die Einordnung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts ins Sozial-

gesetzbuch vor, „um die derzeit verstreuten Rechtsvorschriften zusammenzufassen, zu straffen und zu harmonisieren“. Eine dazu von den Koalitionsfraktionen eingesetzte Arbeitsgruppe hat im Frühjahr 1996 ein Eckpunktepapier mit politischen Vorschlägen für das SGB IX erstellt und das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gebeten, auf dieser Grundlage das Gespräch mit Verbänden und Ländern über das Vorhaben zu suchen. Diese Gespräche haben im Mai 1996 stattgefunden; dabei wurden trotz Vorbehalten und großen Unterschieden im einzelnen ein Bedarf für eine Fortentwicklung des Rechts zur Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen und das **SGB IX grundsätzlich als ein geeigneter Weg** hierzu gesehen, eine rasche Verwirklichung im Hinblick auf die aktuellen Rahmenbedingungen allerdings fast durchweg abgelehnt.

Wegen anderer, vorrangiger Gesetzgebungsvorhaben wurde bisher nicht festgelegt, in welcher Weise und in welchem zeitlichen Rahmen die Arbeiten an einem SGB IX fortgeführt werden sollen.

15.10

Teils ergänzend zu dem Gesetzgebungsvorhaben „SGB IX“, teils als Alternative wird immer wieder ein **Gleichstellungs- oder Antidiskriminierungsgesetz** zugunsten behinderter Menschen nach amerikanischem oder anderen Vorbildern gefordert. Ein solches Gesetz würde nach Auffassung der Bundesregierung jedoch in der Sache kaum weiterführen. Das deutsche Rechts- und Verfassungssystem – und damit die Möglichkeiten eines Gleichstellungs-/Antidiskriminierungsgesetzes sowie der Bedarf hierfür – sind in vielen Punkten nicht mit der Situation in anderen Ländern 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.

Außerdem werden mit der Forderung nach einem solchen Gleichstellungsgesetz inhaltliche Erwartungen verbunden, die sich, wenn überhaupt, dann sinnvoller im Zuge eines SGB IX erfüllen lassen. Neben dem allgemeinen Schutz des Grundgesetzes gegen Benachteiligungen und den speziellen einzelgesetzlichen Leistungsregelungen ist im übrigen kaum Raum für ergänzende Gleichstellungsregelungen, zumal bei Forderungen danach meist offengelassen wird, ob lediglich Regelungen mit Abwehrfunktion oder zusätzliche Sozialleistungen erwartet werden.

15.11

Ein immer wieder gefordertes **besonderes Leistungsgesetz für Behinderte** soll die Eingliederungshilfe im Bundessozialhilfegesetz von ihren Leistungsvoraussetzungen und dem Nachranggrundsatz, nämlich der Heranziehung aus Einkommen und Vermögen, befreien. Als Leistung der Sozialhilfe fällt die Eingliederungshilfe für Behinderte in die ausschließliche Aufgaben- und Finanzierungszuständigkeit der Länder und Kommunen; der Bund ist hieran nicht beteiligt. Sachliche Gründe für eine Änderung dieser verfassungsrechtlichen Aufgabenzuordnung und der daran anschließenden Kostentragungslast zwischen Bund und Ländern sind nicht ersichtlich. Andere Kosten- und Leistungsträger sind für neu zu schaffende Sozialleistungen, deren nähere Ausgestaltung noch offen ist, nicht in Sicht. Damit gefährden derartige Forderungen eher den Stand des Erreichten, als daß sie für die Integration Behinderter dienlich sind.

Auch das Benachteiligungsverbot nach Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes verpflichtet den Gesetzgeber nicht, ein solches Leistungsgesetz zu schaffen. Aus dieser Vorschrift ergeben sich keine unmittelbaren Ansprüche einzelner Bürger gegenüber dem Staat auf „Nachteilsausgleiche“ wegen einer Behinderung; Leistungsansprüche gegen den Staat können sich nur aus der einfachgesetzlichen Rechtslage ergeben. Nach Auffassung der Bundesregierung geben weder das Benachteiligungsverbot im Grundgesetz noch beispielsweise die „Rahmenbestimmungen“ der Vereinten Nationen Anlaß zur Schaffung von „Nachteilsausgleichen“ anstelle von oder neben bestehenden Sozialleistungen. Im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes und seiner Prinzipien der Subsidiarität und der individuellen Bedarfsdeckung ist im übrigen in der Behindertenhilfe ein Qualitäts- und Hilfestandard erreicht worden, der internationale Vergleiche nicht zu scheuen braucht. Sozialleistungen ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen, ohne Eigenleistung und ohne Rücksicht auf den individuellen Bedarf würden das Finanzierbare nicht nur in der gegenwärtigen Finanzsituation der öffentlichen Haushalte übersteigen.

15.12

Ein wichtiger Baustein hinsichtlich der Rechtsstellung behinderter Menschen ist das 1992 in Kraft getretene **Betreuungsrecht**, das sich grundsätzlich bewährt hat. Das 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 für die verschiedenen Arten und Schweregrade der Krankheiten oder Behinderungen jeweils angemessene Ergebnisse ermöglicht. 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. Diese Regelungen stärken die Rechtsstellung psychisch Kranker sowie geistig oder seelisch Behinderter und damit deren Möglichkeit, eigenständig und selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.

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 Aufgabenkreises 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.

15.13

Die Umsetzung des zentralen Anliegens des Betreuungsgesetzes stellt nicht nur an die Bundesländer, die für die Ausführungsgesetzgebung sowie für die Vormundschaftsgerichtsbarkeit und deren personelle Ausstattung zuständig sind, hohe Anforderungen; sie hängt außerdem vom ehrenamtlichen Engagement einer ausreichenden Zahl von Betreuern ab. Die **Umstellung der bisherigen Praxis** im Vormundschafts- und Pflegschaftswesen auf die Rahmenbedingungen des neuen Betreuungsrechts ist inzwischen weitgehend abgeschlossen. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die im Gesetz vorgesehenen Betreuungsvereine, die teilweise aus bereits bestehenden Vormundschaftsvereinen hervorgegangen sind. Diese Vereine übernehmen Betreuungen, bemühen sich um die Gewinnung ehrenamtlicher Betreuer, beraten sie und bilden sie fort. Die Ziele des Betreuungsgesetzes lassen sich darüber hinaus

nur mit einer ausreichenden Zahl qualifizierter Berufsbetreuer erreichen; die Attraktivität der hauptberuflichen Betreuer Tätigkeit hängt auch von der Vergütungsbewilligung durch die Gerichte ab, die regional unterschiedlich ist.

Wie sich aus den in der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD zum Betreuungsrecht (Bundestags-Drucksache 13/7133) dargestellten Zahlen und Länderberichten ergibt, hat sich die Praxis der Betreuung in den vergangenen Jahren im wesentlichen positiv entwickelt. Damit die durch das Betreuungsgesetz ermöglichte Rechtsstellung Behinderter auch tatsächlich umgesetzt wird, sind aber noch Verbesserungen der organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen nötig.

Nach den von den Ländern übermittelten Erfahrungsberichten ist es den Betreuungsvereinen (und -behörden) in regional unterschiedlichem Maße gelungen, ehrenamtliche Betreuer zu gewinnen. Eine besonders ausgeprägte Bereitschaft, ehrenamtliche Betreuungen zu übernehmen, besteht danach in Thüringen, während vor allem Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland den Bedarf an ehrenamtlichen Betreuern nur zu einem geringeren Teil gedeckt sehen.

15.14

In den **neuen Bundesländern** war das frühere Vormundschafts- und Pflegschaftsrecht dem bisherigen der alten Bundesländer juristisch sehr ähnlich, die ehrenamtliche Führung von Pflegschaften und Vormundschaften so, wie sie in den alten Ländern üblich war, jedoch nur ausnahmsweise vorzufinden; die ehrenamtliche Führung von Pflegschaften oder Vormundschaften durch Vereine war gesetzlich nicht zugelassen. Die Einführung des neuen Betreuungsrechts bedeutete dort daher keine Weiterentwicklung oder den Ausbau bestehender Einrichtungen, sondern in aller Regel den Aufbau der gesamten Infrastruktur des Betreuungswesens.

Die Arbeiten zur Umstellung des Systems der Betreuung sind im wesentlichen abgeschlossen. Wie beispielsweise die in der Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD zum Betreuungsrecht (Bundestags-Drucksache 13/7133) dargestellten Zahlen bei anerkannten Betreuungsvereinen zeigen, hat sich deren Zahl in den Jahren 1993 bis 1995 mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt in der Regel vervielfacht. Soweit Angaben aus den neuen Ländern vorliegen, hat sich auch die personelle Ausstattung der örtlichen und überörtlichen Betreuungsbehörden positiv entwickelt.

15.15

Die praktischen Erfahrungen mit dem neuen Betreuungsrecht haben gezeigt, daß dessen Überarbeitung in einigen Punkten unumgänglich ist. Insbesondere die Handhabung der Vorschriften über die Vergütung der Betreuer bereitet in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten; daneben bestehen auch unterschiedliche Auffassungen über einzelne Verfahrens-

regelungen. Die Bundesregierung hat deshalb aufgrund von Anregungen aus der Praxis im Dezember 1996 einen Entwurf für ein **Betreuungsrechtsänderungsgesetz** vorgelegt; er sieht vor, die Regelungen über die Vergütung des Betreuers zu präzisieren und ihre Handhabung vor allem dadurch zu vereinfachen, daß die Vergütungshöhe künftig grundsätzlich von der – nach der Ausbildung typisierten – Qualifikation des Betreuers bestimmt wird. Darüber hinaus soll den Gerichten ermöglicht werden, Vergütungspauschalen festzusetzen und die für die Betreuung aufzuwendende Zeit zu begrenzen.

Der Entwurf bestimmt erstmals, in welchem Umfang die Betroffenen zu den Kosten der Betreuung beizutragen haben und orientiert sich hierbei an der Sozialhilfe in besonderen Lebenslagen. Er schafft die gesetzlichen Grundlagen, um Betroffene und vor allem auch ihre Erben für von der Staatskasse verauslagte Betreuungskosten in Anspruch zu nehmen. Sicherungen des Betreuungsrechts vor Interessenkollisionen des Betreuers und vor unkontrollierten Einwilligungen des Betreuers in riskante Heilbehandlungen oder Unterbringungen werden auf entsprechende Vorsorgevollmachten erstreckt. Dies verbessert zum einen den Schutz des Betroffenen und stärkt zum anderen das Rechtsinstitut der Vorsorgevollmacht als Alternative zur Betreuung.

Der Gesetzentwurf hat ein geteiltes Echo gefunden. Während einerseits die vorgeschlagenen Änderungen als sach- und praxisgerechte Notwendigkeit anerkannt werden, hat der Entwurf insbesondere bei Verbänden von Berufs- und Vereinsbetreuern Kritik erfahren, vor allem hinsichtlich der geplanten Vergütungsregelungen für beruflich tätige Betreuer. Die Lockerung einzelner – von vielen Betroffenen als belastend empfundenen und unnötig Kosten verursachenden – Verfahrensbestimmungen wird zum Teil als Entzug verfahrensrechtlicher Rechte kritisiert. Nicht uneingeschränkte Zustimmung hat auch die vom Entwurf erstmals ausdrücklich vorgesehene und die Autonomie der Betroffenen stärkende Möglichkeit erhalten, Vorsorgevollmachten bezüglich der Einwilligung in medizinische Eingriffe und Unterbringungsmaßnahmen, also im Bereich höchstpersönlicher Rechtsgüter, zu erteilen.

Der Gesetzentwurf, der im wesentlichen die Zustimmung des Bundesrates gefunden hat, ist vom Deutschen Bundestag am 13. März 1997 in erster Lesung beraten und den zuständigen Ausschüssen überwiesen worden. Am 11. Juni 1997 hat der Rechtsausschuß des Deutschen Bundestages eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf durchgeführt. Dabei haben Sachverständige aus den Bereichen der Justiz, der Wissenschaft und der Verwaltung sowie Repräsentanten der Berufsbetreuer, der Betreuungsvereine und der karitativen Verbände den Mitgliedern des Rechtsausschusses über die Praxis des Betreuungsrechts berichten sowie Kritik und Anregungen unterbreiten können. Die weitere parlamentarische Beratung wird Gelegenheit geben, die verschiedenen Aspekte erneut zu würdigen. Es wird erwartet, daß der Entwurf noch in der laufenden Legislaturperiode verabschiedet wird.

15.16

Ein in seiner Bedeutung aktuelles Thema ist in diesem Zusammenhang die **Sterilisation von Behinderten**. Im Bewußtsein des schweren Mißbrauchs in der Zeit des Nationalsozialismus hat das Betreuungsrecht eine im europäischen Vergleich vorbildliche Lösung vorgesehen. Einwilligungsunfähige Volljährige dürfen nur dann sterilisiert werden, wenn ohne die Sterilisation eine Schwangerschaft zu erwarten ist, diese durch andere zumutbare Mittel nicht zu verhindern ist und schwere Gesundheitsgefahren für die Schwangere drohen. Weiterhin muß das Vormundschaftsgericht einen speziellen Betreuer berufen, der sicherstellen soll, daß der Eingriff dem natürlichen Willen der behinderten Person nicht widerspricht. Hierzu sind zusätzlich zwei Gutachten, eines aus fachärztlicher und eines aus heilpädagogischer Sicht, erforderlich.

15.17

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 ist durch das Verbrechensbekämpfungsgesetz 1994 der Strafrahmen in den Vorschriften über die Körperverletzung im Strafgesetzbuch deutlich angehoben worden.

Durch das im Juli 1997 in Kraft getretene 33. Strafrechtsänderungsgesetz ist in den neugefaßten § 177 des Strafgesetzbuchs (Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung) neben den bisherigen Tatmitteln „Gewalt und Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben“ die zusätzliche Nötigungsalternative „Ausnutzen einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist“ eingefügt worden. Diese Ergänzung zielt gerade auch auf Fälle ab, in denen der Täter auf Grund der eingeschränkten Widerstandsfähigkeit seines Opfers keinen so intensiven Zwang ausüben muß, wie dies nach früherem Recht der Fall war.

Sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung behinderter Menschen werden – ebenso wie bei nichtbehinderten Menschen – nach § 177 des Strafgesetzbuchs bestraft. § 179 des Strafgesetzbuchs (Sexueller Mißbrauch Widerstandsunfähiger) bietet einen zusätzlichen Strafschutz für Fälle, in denen – trotz der durch das 33. Strafrechtsänderungsgesetz bewirkten Erweiterung des § 177 Abs. 1 des Strafgesetzbuchs – die Beugung eines der Tat entgegenstehenden Willens durch den Täter, also eine Nötigung, nicht nachweisbar ist. Entsprechend Beschlußempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses (Bundestags-Drucksache 13/7663) hat der Deutsche Bundestag die Bundesregierung aufgefordert, nach drei Jahren zu

berichten, inwieweit § 179 des Strafgesetzbuchs nach der Neufassung des § 177 noch einen Anwendungsbereich in der gerichtlichen Praxis findet, um etwaigem weitergehendem gesetzgeberischen Handlungsbedarf hinsichtlich der konkreten tatbestandlichen Ausgestaltung oder der konkreten Strafmehöhe Rechnung tragen zu können. Die Bundesregierung wird – gerade auch mit Blick auf die besondere Schutzbedürftigkeit behinderter Menschen – den Umgang der Rechtsprechung mit dem neugefaßten § 177 des Strafgesetzbuchs aufmerksam beobachten.

15.18

In dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein ... Strafrechtsänderungsgesetz – § 174 c StGB (Bundestags-Drucksache 13/8267) ist eine Neufassung der in § 179 Abs. 1 Nr. 1 StGB enthaltenen Umschreibung der sog. psychischen Widerstandsunfähigkeit vorgesehen, die den bisherigen, als nicht mehr zeitgemäß und zudem diskriminierend empfundenen Wortlaut der Vorschrift durch sachgerechtere Tatbestandsmerkmale ersetzen soll. Durch die Neufassung des § 174 c Abs. 1 des Strafgesetzbuchs (Sexueller Mißbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses) in diesem Gesetzentwurf sollen auch die mißbräuchliche Vornahme sexueller Handlungen an Personen, die dem Täter wegen einer geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung einschließlich einer Suchtkrankheit zur Beratung, Behandlung oder Betreuung anvertraut sind, unter Strafe gestellt und teilstationäre Versorgungsformen für geistig oder seelisch kranke oder behinderte Menschen erfaßt werden. Im Rahmen dieser Vorschrift ist das Opfer dem Täter sowohl dann „anvertraut“, wenn es ihm fremdbestimmt überantwortet wird (zum Beispiel Jugendliche durch die Eltern), als auch dann, wenn es sich von sich aus in die Beratung, Behandlung oder Betreuung begibt. Dabei ist „Betreuung“ hier nicht im rechtlichen Sinne (etwa des Betreuungsgesetzes) zu verstehen, sondern zielt auf die Erfassung rein tatsächlicher Obhutsverhältnisse ab, mögen diese im Einzelfall auch nur vorübergehender Natur sein. Die Tat kann deshalb zum Beispiel auch von einem Busfahrer begangen werden, der eine geistig behinderte Frau von einer Werkstatt für Behinderte nach Hause bringt.

15.19

Mit der rasch voranschreitenden **Entwicklung in der Gentechnologie und Biomedizin** setzen viele Menschen große Hoffnungen und Erwartungen auf neue Heilungschancen. Es ist Aufgabe der Politik und des Staates, auch im internationalen Rahmen Maßstäbe für einen verantwortungsbewußten Umgang mit den neuen Möglichkeiten der Biomedizin zu setzen, die gerade auch im Hinblick auf Verantwortung gegenüber künftigen Generationen im Einklang mit den grundlegenden Menschenrechten – einschließlich des Verbots einer Diskriminierung behinderten Lebens – stehen. Die Würde des Menschen, sein individuelles Recht auf Leben, Freiheit und körperliche

Unversehrtheit sind – auch bei Fortschritten in Biomedizin, Gentechnik und Organtransplantation – unantastbar und unteilbar. Bei diesen grundlegenden Menschenrechten darf es keine Unterscheidung zwischen behinderten und nichtbehinderten, einwilligungsfähigen und einwilligungsunfähigen Menschen geben. Ansprüche von Wissenschaft und Forschung haben dabei zurückzustehen und finden ihre immanenten Schranken in den Grundrechten der Menschen.

Nach dem Betreuungsrecht obliegt, soweit Betreute im natürlichen Sinn nicht einsichtsfähig sind, die Entscheidung über die **Zulässigkeit jedes medizinischen Eingriffs** grundsätzlich den Betreuern. Wenn der tatsächliche Wille nicht einsichtsfähiger Betreuer einem zum Zwecke der medizinischen Forschung erfolgenden Eingriff nicht entgegensteht, haben Betreuer im Rahmen ihres Aufgabenkreises unter Beachtung der rechtlichen Voraussetzungen über die Zulässigkeit des Eingriffs bei der einwilligungsunfähigen Person zu entscheiden. Maßstab für die Entscheidung ist das Wohl der Betreuten, wozu auch die Möglichkeit gehört, im Rahmen ihrer Fähigkeiten ihr Leben nach ihren eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten. Eingriffen, die voraussichtlich nicht Betroffenen selbst, sondern nur Dritten nutzen können, können Betreuer deshalb allenfalls zustimmen, wenn Betreute einen dahingehenden Willen vor Bestellung der Betreuer zum Ausdruck gebracht haben oder der Eingriff ihrem mutmaßlichen Willen entspricht.

15.20

Die Zulässigkeit von **Forschung an einwilligungsunfähigen Menschen** war in den vergangenen Jahren Thema der internationalen Diskussion über Biomedizin und Gentechnik. Seit April 1997 liegt beim Europarat das **Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin** zur Unterzeichnung auf; 21 der 40 Mitgliedstaaten haben das Übereinkommen bereits gezeichnet. Die Bundesregierung hat sich im November 1996 bei der Annahme des Textes im Komitee der Ministerbeauftragten der Stimme enthalten und dies in einer Protokollerklärung damit begründet, daß sie zunächst die weitere intensive Diskussion in den parlamentarischen Gremien und in der Öffentlichkeit fördern und erst nach Fortgang der Debatte eine abschließende Entscheidung über eine Zeichnung und ein Gesetzgebungsverfahren zur Ratifizierung treffen will; daher gehört Deutschland – neben Belgien, Großbritannien, Irland und Österreich – auch nicht zu den Erstunterzeichnern der Konvention.

Ziel des Übereinkommens ist der europaweite Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin. Ob die Konvention in allen Punkten dem deutschen Recht entspricht und ob im deutschen Recht ergänzende Regelungen getroffen werden müssen, wird noch zu entscheiden sein. Eine **rechtliche Bindung** für Deutschland kann nur eintreten, wenn die bei völkerrechtlichen Verträgen erforderliche Zu-

stimmung der gesetzgebenden Körperschaften in Form eines Vertragsgesetzes vorliegt.

15.21

Eine vergleichbare Problematik stellt sich bei der von der UNESCO vorgelegten **„Allgemeinen Erklärung zum menschlichen Genom und den Menschenrechten“**. Die Erklärung verfolgt das Ziel einer internationalen politischen Verständigung über den Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde in bezug auf das menschliche Genom. Bei einer Regierungsexpertenkonferenz im Juli 1997 wurde ein neuer Textentwurf erarbeitet, der von der Generalkonferenz der UNESCO inzwischen gebilligt wurde.

Die Deklaration enthält eine Absage an alle Formen der Diskriminierung aufgrund genetischer Merkmale. Menschen dürfen nicht auf ihre Erbanlagen reduziert werden; der Schutz der Menschenwürde hat Vorrang vor allen anderen Erwägungen. Zum **Schutz einwilligungsunfähiger Personen** wurde eine Formulierung gefunden, die ein hohes Schutzniveau vorsieht; dennoch soll humangenetische Forschung in Ausnahmefällen möglich sein. Forschung an einwilligungsunfähigen Personen darf allenfalls im Ausnahmefall – und dann nur mit äußerster Zurückhaltung – vorgenommen werden; Betroffene dürfen dabei nur einem minimalen Risiko mit minimaler Belastung ausgesetzt werden. Außerdem muß die Forschung darauf ausgerichtet sein, zum gesundheitlichen Wohl anderer Personen der betroffenen Gruppe beizutragen. In jedem Fall müssen die Rechte der einwilligungsunfähigen Person gewahrt bleiben.

Bei der Deklaration handelt es sich um eine politische Erklärung; die Staaten sollen nicht völkerrechtlich zu bestimmten Maßnahmen verpflichtet werden. Dennoch dürfte von diesem Text eine hohe politische Bindungswirkung ausgehen und dazu beitragen, daß weltweit eine Debatte über die in der Deklaration enthaltenen Prinzipien geführt wird.

15.22

In anderer Weise bedeutend sind die **Veränderungen im Rahmen der Europäischen Union**. Auch der Vertrag von Amsterdam sieht verbindliche, einklagbare soziale Grundrechte nicht im Unionsvertrag vor; jedoch sollen die Präambel zum Vertrag und das Sozialkapitel einen Hinweis auf die **Europäische Sozialcharta** des Europarates von 1961 und auf die **Gemeinschaftscharta der sozialen Grundrechte der Arbeitnehmer** von 1989 enthalten.

Ferner wurde eine **Erklärung über Personen mit einer Behinderung** verabschiedet, nach der durch bestimmte Maßnahmen zur Angleichung der Rechtsvorschriften, insbesondere bei den im Binnenmarkt produzierten Gütern, Bedürfnissen von Personen mit einer Behinderung Rechnung getragen werden soll.

Die Gemeinschaft wird zukünftig mit **qualifizierter Mehrheit** (bisher Einstimmigkeit) auch **Programme zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung** beschließen können.

15.23

Die **Politik der Europäischen Union zugunsten der Behinderten** ist durch die Aufnahme einer Nichtdiskriminierungsregelung in den Vertrag von Amsterdam zur Ergänzung und Fortführung des Gemeinschaftsrechts einen wichtigen Schritt vorangekommen. Der Vertrag räumt mit dieser Klausel der Gemeinschaft das Recht ein, **einstimmig** geeignete Vorkehrungen zur Bekämpfung von Diskriminierungen „aus Gründen des Geschlechts, der Rasse, der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion oder des Glaubens, **einer Behinderung**, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung“ zu treffen. Artikel 6a ist lediglich eine an die Organe der Union gerichtete **Ermächtigungsnorm** ohne unmittelbare Wirkung für einzelne Unionsbürger. Auch weiterhin muß der **Grundsatz der nachrangigen Zuständigkeit der Gemeinschaft** beachtet werden. Unionsweite einheitliche Regelungen werden aufgrund der sehr unterschiedlichen strukturellen und entwicklungsbedingten Ausgangssituationen in den einzelnen Mitgliedstaaten auch weiterhin die Ausnahme bleiben; allerdings könnte die Union durch Leitlinien und Mindeststandards die Eingliederung Behinderter fördern.

Die Politik der Europäischen Union zugunsten Behinderter befindet sich nach dem **Auslaufen des HELIOS-Programmes** in einer **Phase des Umbruches**. Um gewisse Leitlinien und Grundlagen der Behindertenpolitik festzulegen und zusammenzufassen, haben der Rat und die im Rat Vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten Ende 1996 eine **Entschließung zur Chancengleichheit für Behinderte** angenommen. Des weiteren sind die Verhandlungen über einen europaweiten **Parkausweis für Behinderte** nahezu abgeschlossen. Regelmäßige Konsultationen der Mitgliedstaaten mit der Kommission sollen sicherstellen, daß in Zukunft eine maßvolle und vor allem auf Zusammenarbeit gerichtete Politik der Europäischen Union betrieben wird.

15.24

Die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 20. Dezember 1993 verabschiedeten **Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte („Standard Rules“)** haben zum Ziel, die Eingliederung behinderter Menschen in allen Ländern der Erde voranzubringen. Sie appellieren an die Mitgliedstaaten, in allen Lebensbereichen die Voraussetzungen für die gleichberechtigte Teilhabe von Behinderten zu schaffen und deren Rechte zu sichern. In vier Kapiteln (Voraussetzungen – Zielbereiche – Durchführungsmaßnahmen – Überwachungsmechanismus) und insgesamt 22 Bestimmungen gehen sie sehr detailliert auf alle Lebensbereiche ein und stellen zu jeder Bestimmung zahlreiche Einzelforderungen auf. Die Rahmenbestimmungen sind eine konsequente Fortsetzung der Aktivitäten zum Internationalen Jahr der Behinderten 1981, der Internationalen Dekade der Behinderten 1983 bis 1992 und des dazu verabschiedeten Weltaktionsprogramms für Behinderte sowie des 1992 ausgerufenen Internationalen Tages der Behinderten.

Die deutschsprachige Broschüre „Rahmenbestimmungen“ hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in einer Auflage von 13 000, davon 1000 mit vergrößerter Schrift für Sehbehinderte, herausgegeben. Mit der Veröffentlichung will die Bundesregierung die Probleme Behinderter der Öffentlichkeit stärker bewußt machen. Gleichzeitig kommt sie einer Aufforderung der Vereinten Nationen nach, eine weite Verbreitung der Rahmenbestimmungen zu gewährleisten.

Die Kommission für soziale Entwicklung, deren Mitglied Deutschland ist, hat in ihrer Tagung im Frühjahr 1997 dem Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen empfohlen, das Mandat des Sonderberichterstatters zu verlängern, der den Stand der Umsetzung der „Standard Rules“ in den Mitgliedstaaten verfolgt; die Mandatsverlängerung ist inzwischen erfolgt.

