

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Die Politik der Bundesregierung für behinderte Menschen – heute und in Zukunft –	2
1. Wechsel in der Sichtweise der Politik für behinderte Menschen .	16
2. Vorsorge, Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung	29
3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	39
4. Vorschul-, Schul- und Hochschulbildung für behinderte Menschen	60
5. Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben	66
6. Beschäftigung schwerbehinderter Menschen	89
7. Gleichstellung behinderter Menschen	117
8. Bauen und Wohnen für behinderte Menschen	123
9. Barrierefreier Verkehr	128
10. Behinderung und Familie	135
11. Alter und Behinderung	140
12. Pflege	144
13. Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft . .	145
14. Aus- und Fortbildung von Fachkräften	155
15. Forschung	162
16. Internationale Behindertenpolitik	171
Abkürzungsverzeichnis	179
Anhang	183

Die Politik der Bundesregierung für behinderte Menschen – heute und in Zukunft –

I. Teilhabe – Selbstbestimmung – Eigenverantwortung

1. Paradigmenwechsel eingeleitet

In der Politik für behinderte Menschen hat in den letzten sechs Jahren ein Paradigmenwechsel stattgefunden. In der größten Reform seit den 70er-Jahren haben Bundesregierung und Gesetzgeber seit 1998 die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass behinderte Menschen ihr Leben so weit wie möglich in freier Selbstbestimmung gestalten können.

Die Reform hat nicht nur in Deutschland den Grundstein für eine Verbesserung der Situation behinderter Menschen gelegt, sie ist auch auf internationaler Ebene beispielgebend. Dies gilt auch für die Gleichstellung behinderter Frauen durch Berücksichtigung ihrer Lebens- und Erwerbssituationen. Deutschland hat damit eine Vorreiterrolle auf dem Gebiet der europäischen und internationalen Politik für behinderte Menschen übernommen.

Im Vordergrund der Reform stand und steht das Ziel, die vollständige Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn behinderte Menschen dabei unterstützt werden, ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten, und wenn Hindernisse, die ihren Teilhabechancen im Wege stehen, beseitigt werden.

Die Erhöhung und Förderung der Teilhabe- und Verwirklichungschancen aller Bürgerinnen und Bürger ist ein zentrales Ziel der Agenda 2010. Es geht darum, die Menschen so zu fördern und zu fordern, dass sie in der Lage sind, ihre Lebensentwürfe zu verwirklichen und sich am sozialen und ökonomischen Leben beteiligen zu können – angefangen bei Erwerbsarbeit und Familie bis hin zu Kultur und sozialem Engagement. Sozial gerechte Politik unterstützt die Einzelnen und schafft gleichzeitig teilhabefördernde Rahmenbedingungen. Dies schließt die Förderung von Bildung und Ausbildung ebenso ein wie eine wachstumsorientierte Politik und die Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme. Die Maßnahmen der Agenda 2010 setzen in diesem Sinne auch die erfolgreiche Politik der Bundesregierung für eine weitere Erhöhung der Teilhabechancen behinderter Menschen fort.

In der Politik für behinderte Menschen sind wichtige Schritte bereits getan. Mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wurde ein modernes und leistungsfähiges System der Teilhabe behinderter Menschen eingeführt, das Chancengleichheit, soziale Integration sowie die Eröffnung beruflicher Perspektiven für behinderte Menschen mit umfasst. Es geht dabei nicht nur um Politik für behinderte Menschen, sondern vor allem um eine partnerschaftliche Politik mit ihnen. Aus diesem Grund wurden die Verbände, Organisationen und Selbsthilfegruppen behinderter Menschen von Anbeginn an in das Gesetzgebungsverfahren aktiv einbezogen.

Bundesregierung und Gesetzgeber haben im SGB IX und im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) die regelmäßige Beteiligung behinderter Menschen und ihrer Verbände durch Mitwirkungs-, Anhörungs- und Beteiligungsrechte vorgesehen.

Der vorliegende Bericht stellt die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft umfassend dar. Er orientiert sich chronologisch an den einzelnen Lebensphasen. In ihm werden u. a. die Wirkungen der tief greifenden gesetzlichen Maßnahmen der letzten Jahre, wie des SGB IX oder des BGG bewertet. Darüber hinaus werden, wie es der gesetzliche Auftrag vorsieht, weitere Maßnahmen vorgeschlagen, um das Ziel einer umfassenden Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu erreichen.

Mit dem SGB IX wurde der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt. Die Einführung von gemeinsamen Servicestellen aller Rehabilitationsträger, kurze Bearbeitungsfristen, die Vermeidung von Mehrfachbegutachtungen, neue und klare Zuständigkeitsregelungen, der Auftrag an die Rehabilitationsträger zur Verabschiedung von gemeinsamen Empfehlungen und die Einführung eines Persönlichen Budgets tragen dazu bei, dass die Menschen mit Behinderung ihre Leistungen möglichst zügig und individuell abgestimmt erhalten. Ebenso hat eine zielgerichtete Zusammenarbeit unterschiedlicher Rehabilitationsträger zu einem unkomplizierteren Zugang der Bürgerinnen und Bürger zu den Leistungen nach dem SGB IX geführt.

2. Koordinierung von Leistungen und Kooperation der Rehabilitationsträger weiter stärken

Die Bundesregierung wird auf der Grundlage dieses Berichtes mit allen Beteiligten in eine Diskussion eintreten und die gesetzlich vorgeschriebene Koordinierung von Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger einfordern. Denn noch vorhandene Abstimmungsprobleme unter den Rehabilitationsträgern dürfen nicht zu Leistungsverzögerungen bzw. -verweigerungen für Menschen mit Behinderung führen. Die Bundesregierung wird alle Schritte unterstützen, die Kooperation, Koordinierung und Konvergenz weiter fördern und ausbauen, und gleichzeitig darüber entscheiden, ob und inwieweit weitere gesetzliche Maßnahmen und institutionelle Reformen erforderlich und möglich sind, um das Ziel eines bürgernahen Systems der Rehabilitation und Teilhabe vollständig zu erreichen.

3. Mehr Teilhabe durch bürgernahe Servicestellen

Bis Juni 2004 haben die Rehabilitationsträger mehr als 570 gemeinsame örtliche Servicestellen eingerichtet, in denen Rat suchende Menschen trägerübergreifende, anbieterneutrale, transparente und verbindliche Beratung sowie Unterstützung finden sollen. Diese gemeinsamen Servicestellen sollen das System der Rehabilitation und Teilhabe bürgernah machen.

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Abstimmung mit dem Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen veranlasste wissenschaftliche Begleituntersuchung durch das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik ergab, dass gemeinsame Servicestellen noch zu wenig bekannt sind und daher von behinderten Menschen nur in geringem Maße in Anspruch genommen werden.

Die Behindertenverbände kritisieren die mangelhafte Qualität der Beratung. Dies liege vor allem an der nicht ausreichenden Qualifikation der Servicestellenmitarbeiter. Die Qualität der Beratung werde auch maßgebend davon beeinflusst, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fachbezogen noch zu sehr von dem Rehabilitationsträger geprägt seien, der vor Ort für die gemeinsame Servicestelle verantwortlich ist.

Voraussetzung für den Erfolg gemeinsamer Servicestellen ist, dass die Chancen, die in dem Konzept und der Konstruktion der Servicestellen liegen, sowohl von den behinderten Menschen als auch von den Rehabilitationsträgern erkannt und wahrgenommen werden. Hier bedarf es noch erheblicher Anstrengungen aller Beteiligten. Schnittstellenprobleme können durch die Servicestellen nur gelöst werden, wenn in ihnen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben eine fallbezogene Beratung und Unterstützung, eine gemeinsame Bedarfsermittlung sowie Zielformulierung und Hilfeplanung erfolgen und das gesamte Verfahren von der Servicestelle gesteuert wird.

Die Bundesregierung wird die Rehabilitationsträger, die Servicestellen eingerichtet haben, nochmals auffordern, sich auf einheitliche Öffnungszeiten, gemeinsame Absprachen über die Zusammenarbeit mit den Verbänden behinderter Menschen, die Wahrnehmung der neuen Aufgaben der Servicestellen im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements und eine Öffentlichkeitsarbeit „aus einer Hand“ zu verständigen sowie barrierefreien Zugang zu Räumlichkeiten und Informationen zu gewährleisten, und ggf. aufsichtsrechtliche Maßnahmen einleiten.

4. Arbeit der Servicestellen verbessern

Um den Zugang zu den erforderlichen Leistungen zur Teilhabe noch bürgernäher zu gestalten, muss die Arbeit der Servicestellen verbessert werden.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass ein Mehr an Entscheidungsbefugnis und Verantwortung auch ein Mehr an Qualität und ein Mehr an Beachtung der Rehabilitationsträger für die Servicestellen bringt. Dies gilt auch in den Fällen, in denen Arbeitgeber Kontakt mit der örtlichen Servicestelle aufnehmen, um im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX gemeinsam die Möglichkeiten zu klären, die erforderlich sind, um Arbeitsunfähigkeit zu überwinden oder erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Die Bundesregierung wird daher prüfen, den Servicestellen mehr Verantwortung und bestimmte Entscheidungsbefugnisse zu übertragen.

5. Wartezeiten bei den Rehabilitationsleistungen verkürzt

Ein Hauptanliegen des SGB IX war die Verkürzung der Wartezeiten von der Antragstellung bis zur Leistungserbringung. Vor Inkrafttreten des Gesetzes mussten behinderte Menschen häufig sehr lange auf die Leistungserbringung warten. Ursache dafür waren Streitigkeiten über die Zuständigkeit sowie lange Wartezeiten für die Erstellung von ärztlichen Gutachten. Vorliegende Gutachten wurden häufig wenig genutzt und nur den in eigenem Auftrag erstellten Gutachten vertraut. Daher waren Fristen von einem halben Jahr und mehr bis zur Entscheidung über die Leistung nicht die Ausnahme. Ein wesentlicher Schwerpunkt des SGB IX und ein Faktor zum sparsamen und wirtschaftlichen Verhalten ist daher die Sicherung einer möglichst schnellen Leistungserbringung.

Mit § 14 SGB IX wurde ein neues Verfahren der Zuständigkeitsklärung eingeführt mit dem Ziel, eine Verkürzung des Antragsverfahrens und Beschleunigung der Leistungserbringung zu erreichen. Mit diesem Verfahren wurden die kürzestmöglichen Fristen festgelegt und Mehrfachbegutachtungen auf ein unumgängliches Minimum beschränkt.

Aus Sicht der Bundesregierung haben sich die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung bewährt. Auch die Rehabilitationsträger haben überwiegend positive Erfahrungen mit den neuen Zuständigkeitsregelungen gemacht. Zwar konnten die anspruchsvollen Vorgaben des SGB IX noch nicht überall eingehalten werden, doch haben sich die Fristen bis zur Leistungserbringung bereits erheblich verkürzt. So hat z. B. die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) die durchschnittliche Laufzeit von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bis zur Entscheidung über den Antrag von 14,5 Tagen im Jahre 2002 auf 10,9 Tage (2003) verkürzt. Die Bundesagentur für Arbeit hat im ersten Halbjahr 2004 die Zuständigkeit im Durchschnitt innerhalb von 8,7 Tagen geklärt. Auch andere Träger haben ihre Antragsfristen verkürzt.

Dies bedeutet, dass es neben schnelleren Leistungserbringungen auch zu Einsparungen bei den Lohnersatzleistungen kommen muss.

6. Gutachten auf volle Teilhabe ausrichten

Für Gutachten ermöglicht die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller sozialmedizinisch relevanten Aspekte einer Person in ihrem jeweiligen Umfeld. Auf dieser Grundlage können und müssen auch in den Fällen, in denen mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind oder Zuständigkeiten wechseln, erneute Begutachtungen vermieden werden. Die Bundesregierung wird bei den Rehabilitationsträgern darauf hinwirken, die Dominanz medizinisch geprägter Terminologie und medizinisch geprägter Fragestellungen abzubauen, um dem umfassenden Ansatz des SGB IX und den dadurch notwendigen, unterschiedlichen Ansatzpunkten von Leistungen zur Teilhabe Rechnung zu tragen.

7. Kooperation der Träger und Koordinierung der Leistungen weiter stärken

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen gelingen nur, wenn die unterschiedlichen Rehabilitationsträger in unserem gegliederten System eng zusammenarbeiten. Nach § 13 SGB IX vereinbaren die Rehabilitationsträger in Ergänzung der gesetzlichen Regelungen gemeinsame Empfehlungen über die für eine reibungslose und koordinierte Zusammenarbeit wichtigen Fragen. Damit wird ein weiteres Hauptanliegen des SGB IX verfolgt, und zwar die Koordinierung der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger durch wirksame Instrumente sicherzustellen. Dem lag die Einschätzung zugrunde, dass die Rehabilitationsträger diese Fragen am besten selbst entscheiden, da sie die Erfahrungen aus der Praxis besitzen. Die Bundesregierung hat deshalb bei den gemeinsamen Empfehlungen einer Selbstverwaltungslösung den Vorrang eingeräumt.

Die Erarbeitung der Empfehlungen unter Federführung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) verläuft jedoch schleppend und führt häufig zu wenig befriedigenden Ergebnissen. Im Fall der „Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ musste das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Probleme durch eine Rechtsverordnung lösen, weil sich die beteiligten Rehabilitationsträger nicht auf eine gemeinsame Empfehlung der Selbstverwaltung verständigen konnten. Die bisher vereinbarten sechs Empfehlungen sind nicht hinreichend konkret, um eine wesentliche Hilfestellung für die Praxis zu bieten.

Die Bundesregierung prüft, ob und welche weiteren Schritte dafür erforderlich sind, dass die gesetzlichen Ziele des SGB IX eine verbindliche, hinreichende Konkretisierung erfahren.

8. Mehr Selbstbestimmung durch Persönliches Budget als Komplexleistung

Seit Inkrafttreten des SGB IX können Rehabilitationsträger Leistungen zur Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets ausführen. Persönliches Budget bedeutet, dass Leistungsberechtigte Mittel (Geldbeträge oder Gutscheine) erhalten, um ihre Leistungen selbst organisieren zu können. Damit soll die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung behinderter Menschen gestärkt werden.

Die mit der Sozialhilfereform zu einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget ausgebauten Vorschriften sind am 1. Juli 2004 in Kraft getreten. Zum selben Zeitpunkt trat die Budgetverordnung in Kraft, mit der die näheren Einzelheiten des Verfahrens geregelt werden. Damit können jetzt neben den Teilhabeleistungen der Rehabilitationsträger auch andere für behinderte Menschen wichtige Leistungen in einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget zusammengefasst werden. Das trägerübergreifende Persönliche Budget ermöglicht – in der Regel als Geldbetrag – die Erbringung der verschiedenen den behinderten Menschen zustehenden Leistungen „aus

einer Hand“, indem ein einzelner Leistungsträger alle erforderlichen Leistungen, einschließlich Leistungen anderer Träger, ausführt.

Bei Sachleistungen bestehen im gegliederten System des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe jedoch weiterhin unbefriedigende Schnittstellen. Diese Schnittstellen sollen durch eine Komplexleistung als Gesamtleistung beseitigt werden.

Es werden aussagekräftige Erfahrungen über die Ausführung der Komplexleistung aus den Modellregionen und der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Persönlichen Budget erwartet.

9. Behinderungsbegriff entspricht internationalem Teilhabekonzept

Der Behinderungsbegriff wurde mit dem SGB IX neu definiert. Er berücksichtigt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die ICF verfolgt das Ziel, die Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund zu rücken.

Die im SGB IX getroffene Definition der Behinderung wurde unverändert in das BGG übernommen, um einen einheitlichen Behinderungsbegriff zu verwenden.

Eine unter der Beteiligung von Verbänden behinderter Menschen im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gebildete Arbeitsgruppe hat sich ausgehend von der ICF mit dem Behinderungsbegriff befasst. Sie hat festgestellt, dass wesentliche Inhalte der ICF, nämlich das Teilhabekonzept, im deutschen Behinderungsbegriff grundsätzlich abgebildet sind. Über eine noch weiter gehende Anlehnung an die ICF konnte in der Arbeitsgruppe keine Einigung erzielt werden.

Die Bundesregierung wird die Gespräche hierzu mit dem Deutschen Behindertenrat fortsetzen.

II. Erkennen – Vorsorgen – Rehabilitieren

1. Vorsorge für alle Altersgruppen und Lebensbereiche

Vorsorge spielt für die Bundesregierung eine große Rolle. Das gilt für alle Altersgruppen und Lebensbereiche. Ein umfassendes Informationsnetz und eine enge Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten, Betriebsärzten, Rehabilitationsträgern und anderen Helfern sollen den Eintritt einer Behinderung bzw. einer chronischen Krankheit möglichst vermeiden. Die erforderlichen Maßnahmen müssen zielgerichtet, unverzüglich und ohne Zugangshemmnisse erbracht werden. Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, auf der Basis von gemeinsamen Empfehlungen Vorsorgeleistungen anzubieten.

2. Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung

Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung von Kindern müssen rechtzeitig vor einer vollen Ausprägung der Beeinträchtigung, d. h. bei Neugeborenen und im

Säuglingsalter, einsetzen. Mit dem SGB IX wurde erstmals eine gesetzliche Grundlage für eine interdisziplinäre Frühförderung geschaffen. Die Frühförderungsverordnung ist seit dem 1. Juli 2003 in Kraft.

Trotz der eindeutigen bundesrechtlichen Vorgaben und der damit zusammenhängenden Leistungsansprüche der Familien hat sich die Komplexleistung „Frühförderung“ in der Praxis noch nicht durchgesetzt. Künftige Bemühungen müssen sich auf die Stärkung der interdisziplinären Frühförderung durch Einflussnahme auf Länder, Träger und Verbände konzentrieren.

3. Prävention – eigenständige Säule des Gesundheitswesens

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat den Entwurf eines Präventionsgesetzes erarbeitet. Ziel ist es, die Prävention zu stärken und zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitswesens auszubauen. Mit dem Gesetz erhält die primäre Prävention eine klare Orientierung und die Qualität der Leistungen wird systematisch gesichert. Darüber hinaus werden die Kooperation und Koordinierung der Akteure verbessert. Durch die Einbeziehung der gesetzlichen Kranken-, Renten-, Unfall- sowie Pflegeversicherung in die Erbringung präventiver Leistungen wird die Finanzverantwortung neu geordnet. Die Leistungen werden auf drei Handlungsebenen verteilt. Auf Ebene der Länder soll besonders der bislang wenig ausgebauten Bereich der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gestärkt werden. Diese wird als gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungszweige ausgestaltet. Die einzelnen Sozialversicherungsträger werden individuelle Leistungen zur Verhaltensänderung ihren Versicherten anbieten. Eine Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung wird auf Bundesebene u. a. Kampagnen zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins durchführen.

4. Betriebliche Prävention sichert Beschäftigungsfähigkeit, beugt Frühverrentungen vor und entlastet Arbeitgeber

Die betriebliche Prävention wird in Deutschland in Zukunft eine immer wichtigere Rolle spielen. Die durch Arbeitsunfähigkeit entstehenden betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten können durch zielgerichtete betriebliche Prävention erheblich gesenkt werden. Frühzeitige Informationen und Interventionen zur Anpassung der Arbeitsplätze an gesundheitsbedingte Anforderungen mit passgenauen Leistungen kommen den Betroffenen zugute und entlasten die Arbeitgeber. Frühverrentung wird vorgebeugt und damit ein wesentlicher Beitrag zur Verlängerung der effektiven Lebensarbeitszeit geleistet. Die betriebliche Prävention ist besonders wichtig für die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Betrieb. Rechtzeitig eingeleitete Rehabilitationsmaßnahmen können sie vor Entlassung schützen und ihre Arbeitsplätze sichern.

Deshalb ist mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen

ein verbindliches betriebliches Eingliederungsmanagement eingeführt worden. Unternehmen, die ein Eingliederungsmanagement aufbauen, können durch Prämien oder einen Bonus gefördert werden. Ein wesentliches Ziel dieser Regelung ist, die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer zu erhöhen. Damit können ebenfalls Frühverrentungen reduziert werden.

5. Medizinische Rehabilitation erfüllt wichtige Aufgabe

Die medizinische Rehabilitation gewinnt – auch im Verhältnis zur Kurativmedizin – immer mehr an Bedeutung. Die älter werdende Gesellschaft und die zunehmende Zahl von chronisch kranken Menschen erfordern ein System von Leistungen, das darauf ausgerichtet ist, Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten entgegenzuwirken. Mit Ausnahme der Bundesagentur für Arbeit erbringen alle Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Durch diese Leistungen sollen insbesondere Frühverrentungen und Pflegebedürftigkeit und damit auch der vorzeitige Bezug anderer Sozialleistungen vermieden werden. Diese Ziele sind in jedem Stadium der medizinischen Versorgung zu beachten, insbesondere dann, wenn schon während der Akutbehandlung die Notwendigkeit weiterer Leistungen zur Teilhabe absehbar ist. Die beteiligten Leistungsträger stellen die erforderlichen Leistungen funktionsbezogen so zusammen, dass sie nahtlos ineinander greifen (§ 27 i. V. m. § 10 SGB IX). Dabei kann in vielen Fällen die frühzeitige Prüfung erforderlich sein, ob neben oder nach den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit oder des Arbeitsverhältnisses Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind (§ 11 SGB IX).

Ein flexibles Angebot von entsprechenden Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen trägt dazu bei, dass behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen die Leistungen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Lebensbedingungen und -gewohnheiten in Anspruch nehmen können. Dabei gewinnen die ambulanten Rehabilitationsangebote vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Erkrankungen, der demographischen Entwicklung mit einer steigenden Zahl älterer Menschen und der Verlängerung von Lebensarbeitszeiten immer mehr an Bedeutung. Sie ermöglichen insbesondere den Menschen die Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen, die dies wegen des bisher vorrangig stationär ausgerichteten Angebotes kaum oder gar nicht konnten, wie selbstständige Tätige oder Personen mit Familienpflichten.

6. GKV-Modernisierungsgesetz berücksichtigt Belange behinderter Menschen

Das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz trägt mit seinen strukturellen Maßnahmen zu wesentlichen Qualitätsverbesserungen bei. Dies gilt insbesondere für chronisch kranke und behinderte Menschen, die ständig auf medizinische Hilfe angewiesen sind. Individuellen Bedürfnissen und Bedarfen wird in Zukunft durch neue Mitwirkungsrechte der Patientinnen

und Patienten, durch eine weit größere Wahlfreiheit des Einzelnen und durch grundlegende Veränderungen in den Versorgungsstrukturen Rechnung getragen. Medizinische Versorgungszentren, Hausarztssysteme, die Möglichkeit für Krankenhäuser, in speziellen Fällen auch ambulant behandeln zu können, sowie die Entwicklung integrierter Versorgungsformen stellen besonders ab auf den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten.

Den Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen. Patienten- und Behindertenverbände einschließlich der Selbsthilfe haben nunmehr bei Entscheidungen, die die Versorgung betreffen, ein Mitberatungsrecht in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien, insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss. Auch die Berufung einer Patientenbeauftragten auf Bundesebene unterstützt die Interessen der Patientinnen und Patienten.

Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes wurden Zuzahlungen und Eigenleistungen neu strukturiert und damit auch Patientinnen und Patienten mehr Eigenverantwortung und ein höherer Beitrag zur Stabilisierung der Gesundheitskosten abverlangt. Es wurden jedoch folgende Regelungen getroffen, um eine übermäßige Belastung chronisch kranker und behinderter Menschen zu verhindern. Chronisch Kranke leisten höchstens 1 Prozent ihres Einkommens an Zuzahlungen. Bei Zuzahlungsverpflichtungen für die in Heimen lebenden Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen wird mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vorgesehen, dass der Träger der Sozialhilfe für sie die Zuzahlungshöchstbeträge in Form eines ergänzenden Darlehens übernimmt, sofern der Hilfeempfänger nicht widerspricht. Das Darlehen beträgt für 2005 ca. 83 Euro bzw. ca. 41 Euro bei Chronikern. Die Auszahlung dieses Betrages erfolgt unmittelbar an die zuständige Krankenkasse. Diese erteilt über den Träger der Sozialhilfe jeweils zum 1. Januar oder bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung umgehend die Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung für das gesamte Kalenderjahr. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt in kleinen monatlichen Teilbeträgen über das gesamte Kalenderjahr. Der Vorteil dieser Verfahrensweise ist, dass die Belastung mit den Zuzahlungen für die Sozialhilfeempfänger über das ganze Jahr auf geringe Beträge (ca. 6,90 Euro/Monat bzw. ca. 3,45 Euro/Monat bei Chronikern) verteilt wird und damit vertretbar bleibt.

Seit 1. Januar 2004 können in der Regel nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Menschen, die an einer schwerwiegenden Erkrankung leiden und zur Behandlung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel benötigen, erhalten diese aber auch künftig auf Kassenrezept, wenn sie nach medizinischen Gesichtspunkten zum Therapiestandard gehören.

7. Grundsatz „ambulant vor stationär“ gewinnt zunehmend an Bedeutung

Neben stationären erlangen ambulante und teilstationäre Rehabilitationsleistungen sowie betriebliche Maßnah-

men eine immer stärkere Bedeutung. Die hierzu gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überarbeiteten Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger leisten einen gesundheitspolitisch bedeutsamen Beitrag zu den Bemühungen, die Rehabilitation gezielter auf die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsziele auszurichten.

Der Anteil der ambulanten an allen bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation steigt. Prognostiziert wird im Zeitverlauf ein möglicher Anteil der ambulanten Rehabilitation von etwa 20 bis 25 Prozent. Bei stärkerer Nutzung ambulanter anstelle stationärer Leistungsformen können die Ausgaben für medizinische Rehabilitation begrenzt werden. Der Aufbau entsprechender Versorgungsstrukturen, die insbesondere in Ballungsgebieten oftmals bereits vorhanden sind und genutzt werden können, ist erforderlichenfalls auch in ländlichen Gebieten voranzutreiben.

8. Rehabilitation kann im Krankenhaus beginnen

Mit der Änderung des § 39 SGB V wurden die Rahmenbedingungen für notwendige Frührehabilitation schon während der akutstationären Krankenhausbehandlung geschaffen. Damit wurde die Erfahrung umgesetzt, dass rehabilitative Maßnahmen umso erfolgreicher sind, je früher sie beginnen („Rehabilitation des ersten Tages“). Die Schnittstelle zwischen Krankenhausbereich und Rehabilitationseinrichtungen wird damit nicht verändert.

9. Selbsthilfe ausgebaut

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe zählt zu den anerkannten Partnern im Gesundheitswesen. Ihre Angebote ergänzen die medizinischen und sozialen Dienste. Nach Schätzungen gibt es in Deutschland ca. 70 000 bis 100 000 Selbsthilfegruppen. Davon entfallen zwei Drittel auf die gesundheitliche Selbsthilfe mit rund 3 Millionen Mitgliedern zu fast allen Themenbereichen der medizinischen und psychosozialen Versorgung.

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde auch die Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausgebaut. Durch die Festlegung eines Ausgabewertes für die Förderung von insgesamt rund 36 Mio. Euro jährlich wurden erstmals verlässliche Rahmenbedingungen für die Unterstützung der Gesundheitsselfhilfe durch die Krankenkassen geschaffen. Die Zusammenarbeit der gesetzlichen Krankenkassen mit der Selbsthilfe hat sich dadurch deutlich verbessert. Die Bundesregierung wird die Selbsthilfeförderung vorantreiben. Mit dem Präventionsgesetz werden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, einen Großteil der Fördermittel (mindestens 50 Prozent) im Rahmen einer kassenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zu vergeben. Durch die Einführung der Gemeinschaftsförderung und die weitere Verstärkung der Förderverpflichtung wird die zuverlässige Bereitstellung der Fördermittel gewährleistet. Darüber hinaus wird das Antragsverfahren durch die Bündelung der

Förderanträge bei den Fördergemeinschaften für die Antragsteller erheblich erleichtert.

III. Bildung – Ausbildung – Arbeit

1. Integrative Erziehungsangebote erhöhen

Bildung hat für behinderte Menschen einen besonderen Stellenwert. Eine gute Bildung ist die Voraussetzung für eine gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in unserer Gesellschaft. Aufgabe des Bildungswesens ist, die Bildungschancen behinderter Menschen von Beginn an unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Bedürfnisse zu erhöhen und ihre Bildungsfähigkeit zu fördern und zu unterstützen.

Bildung in Sondereinrichtungen, wie Sonderkindergärten oder Sonderschulen, werden von behinderten Menschen und deren Angehörigen zunehmend als diskriminierend empfunden. Behinderte Menschen, die Eltern behinderter Kinder und deren Verbände und Organisationen fordern daher seit langem, integrative Erziehung verstärkt anzubieten. Die Länder bemühen sich, das integrative Bildungsangebot zu erhöhen. Diese Bemühungen werden nicht selten mit Hinweis auf einen Vorbehalt der Kostenneutralität nur zögerlich umgesetzt, sodass die Nachfrage an integrativen Erziehungsangeboten größer ist als das derzeitige Angebot.

Die Bundesregierung tritt mit den Ländern in einen Dialog, um die Stellung der Schule als Ort von Rehabilitation und Teilhabe bundesweit zu ermöglichen. Ziel ist die gemeinsame Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung (inklusive Schule) unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts auch der Eltern sowie die frühzeitige Erkennung von Bedarfssituationen für präventive und rehabilitative Leistungen.

Außerdem strebt die Bundesregierung eine Verabredung mit den Ländern über die Voraussetzungen an, die notwendig sind, damit auch behinderte Eltern die Möglichkeit haben, an Elternsprechtagen und Elternversammlungen teilzunehmen, etwa durch die Bereitstellung von Verständigungshilfen für hörbehinderte Eltern.

2. Berufsberatung in den Schulen verstärkt

Für bestmögliche Vorbereitung auf das Arbeits- und Berufsleben sind berufskundlicher und -vorbereitender Unterricht in der Schule, Betriebspraktika in der Endphase der Schulausbildung sowie Kontakte zu den Berufsberatern der zuständigen Arbeitsagenturen besonders wichtig. Behinderten Sonderschulabsolventen soll der nahtlose Einstieg in das Arbeits- und Berufsleben ermöglicht werden. Aus diesem Grund ist durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen die Möglichkeit geschaffen worden, dass die Arbeitsagenturen Integrationsfachdienste bereits bei der Berufsorientierung und Berufsberatung in den Schulen unterstützend hinzuziehen sollen. Darüber hinaus begleiten die Integrationsfachdienste die betriebliche Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere seelisch und lernbehinderter Jugendlicher.

3. Sonderausbildungsregelungen für behinderte Menschen vereinheitlicht

Das Bundeskabinett hat am 14. Juli 2004 den Entwurf eines Berufsbildungsreformgesetzes beschlossen. Mit dem Gesetzesentwurf werden u. a. auch die Regelungen zur Berufsbildung für behinderte Menschen im Berufsbildungsgesetz und in der Handwerksordnung geändert.

Am Instrument der Sonderausbildungsregelungen der zuständigen Stellen für behinderte Menschen, für die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nicht in Betracht kommt, wird festgehalten. Diese müssen sich aber künftig an entsprechenden Empfehlungen des Hauptausschusses beim Bundesinstitut für Berufsbildung ausrichten. Damit soll mittel- und langfristig der Vielzahl nicht bundeseinheitlicher Einzelregelungen (derzeit rund 900) entgegen gewirkt werden.

Außerdem steht es künftig nicht mehr im Ermessen der zuständigen Stelle, Sonderausbildungsregelungen zu schaffen, sondern die zuständige Stelle ist verpflichtet, auf Antrag behinderter Menschen und bei Nachweis einer Ausbildungsmöglichkeit, tätig zu werden.

In ihrer dauerhaften Teilhabe am Arbeitsleben stehen jüngere als auch ältere behinderte Menschen im Wettbewerb mit nichtbehinderten Arbeitnehmern. Um behinderungsbedingte Benachteiligungen auszugleichen, können behinderten Menschen durch Maßnahmen der beruflichen Eingliederung während der Ausbildung und bei den Zwischen- oder Abschlussprüfungen besondere Erleichterungen und Nachteilsausgleiche gegeben werden.

4. Arbeitsagentur – wichtiger Partner bei der beruflichen Eingliederung

Die Bundesagentur für Arbeit als Träger der beruflichen Rehabilitation hat in der Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben eine wichtige arbeitsmarktpolitische Aufgabe. Sie hat richtungsweisende Handlungsrichtlinien zur Bewältigung bestehender und zukünftiger Herausforderungen erlassen (individuelle Eingliederungsstrategie, stringentes Fallmanagement).

Der Erfolg arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben ist in besonderem Maße von lokalen und zielgruppenspezifischen Erfahrungen und regionalen Vernetzungen abhängig. Die Bundesagentur hat als Träger von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben die Aufgabe, die Qualität und Kontinuität der Leistungen zur Berufsbildung und beruflichen Eingliederung für die betroffenen Menschen sicherzustellen.

Die Förderung der Ausbildungs- und Berufsreife behinderter Jugendlicher ist in erster Linie Aufgabe der Schulen. Tatsächlich verlassen aber immer mehr nicht ausbildungsreife behinderte junge Menschen das Schulsystem. Dem versucht die Bundesagentur für Arbeit mit der Einrichtung von berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen entgegenzusteuern.

Der Aufbau eines flächendeckenden Angebots von Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken ist inzwischen in der gesamten Bundesrepublik abgeschlossen. Für notwendige Neuinvestitionen und Modernisierungsmaßnahmen verfügen die Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke in der Regel über ausreichende eigene Finanzmittel. Eine institutionelle Förderung kann deshalb auf Fälle beschränkt werden, in denen Einrichtungen nachprüfbar nur mit solcher Hilfe ihre Ausbildungsqualität dauerhaft sichern können.

5. Stärkung der betrieblichen Ausbildung

Generell besteht ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen der Nachfrage und dem Angebot an betrieblichen Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für behinderte junge Menschen. Nach letzten Erhebungen bilden von den 2,1 Millionen Betrieben nur noch 23 Prozent junge Menschen mit und ohne Behinderung aus. Die beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber verfügten im Jahr 2002 über rund 1,1 Millionen betriebliche Ausbildungsplätze. Aber nur auf 4 729 dieser Plätze wurden schwerbehinderte junge Menschen in Betrieben ausgebildet. Das sind nur rund 0,4 Prozent der vorhandenen Plätze.

Im Rahmen des „Nationalen Paktes für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in Deutschland“ haben sich Bundesregierung und Wirtschaft verpflichtet, in enger Zusammenarbeit mit den Ländern allen ausbildungswilligen und ausbildungsfähigen jungen Menschen ein vorrangig betriebliches Ausbildungsangebot zu unterbreiten. Das gilt insbesondere auch für behinderte und schwerbehinderte Jugendliche mit eingeschränkten betrieblichen Vermittlungschancen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen geschaffene „verzahnte“ Ausbildung: Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sollen darauf hinwirken, dass Teile der Ausbildung außerhalb der Einrichtung in Betrieben und Dienststellen durchgeführt werden. Die Arbeitgeber werden in dieser Phase nicht mit Kosten für die Ausbildungsvergütung belastet. Darüber hinaus erhalten sie weitere finanzielle Anreize. Die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation haben die Arbeitgeber bei der betrieblichen Ausbildung und bei der Betreuung der auszubildenden behinderten Jugendlichen zu unterstützen. Das Interesse der Wirtschaft hieran ist – soweit bisher erkennbar – groß.

6. Abbau von Benachteiligungen am Arbeitsmarkt

Die Verbesserung der Beschäftigungssituation behinderter Menschen ist – wie bereits in der vergangenen Legislaturperiode – einer der Schwerpunkte der Politik für behinderte Menschen in Deutschland.

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter vom 29. September 2000 wurde von 1999 bis 2002 die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen um rund 24 Prozent gesenkt.

Der Sicherung des Erfolges und der Verbesserung der Beschäftigungssituation dient das am 1. Mai 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen. Zielsetzungen des Gesetzes sind hauptsächlich die

- Stärkung der Ausbildungsbereitschaft der Arbeitgeber und die Verbesserung der Ausbildungsmöglichkeiten für behinderte, insbesondere schwerbehinderte Jugendliche;
- verstärkte Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vor allem in kleinen und mittleren Betrieben sowie
- Sicherung der Beschäftigung behinderter Menschen.

Diese Ziele sollen insbesondere erreicht werden durch

- Verbesserung des Zugangs behinderter Menschen zu betrieblicher Ausbildung, z. B. durch Schaffung der Möglichkeit, Teile einer überbetrieblichen Ausbildung in Betrieben durchzuführen;
- Erweiterung des Leistungsangebots der Integrationsfachdienste für behinderte Menschen und Arbeitgeber;
- verbesserte Beratung, Information und Unterstützung der Arbeitgeber zur Beseitigung von Einstellungshindernissen und zur Sicherung der Beschäftigung auch durch verbesserte Kooperationsbeziehungen zwischen Integrationsämtern, Handwerkskammern sowie Industrie- und Handelskammern;
- Ausbau betrieblicher Prävention im Sinne von „Rehabilitation statt Entlassung“ durch Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements;
- Beibehaltung der auf 5 Prozent abgesenkten Beschäftigungsquote;
- Verbesserung der Instrumente zur Förderung des Übergangs schwerbehinderter Menschen aus den Werkstätten für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Nahezu alle Bundesländer haben ergänzende Sonderprogramme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und zur Verbesserung der Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen aufgelegt.

Die Bundesregierung wird zur Verbesserung der Chancengleichheit behinderter Frauen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt die Arbeitgeber darauf hinweisen, dass in Integrationsvereinbarungen besondere Regelungen zur verstärkten Beschäftigung behinderter Frauen vereinbart werden sollen.

7. Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat am 14. September 2004 die Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ als eine Initiative für Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen und betriebliche Prävention erfolgreich gestartet.

Arbeitgeber, Gewerkschaften, Verbände und Organisationen behinderter Menschen, Länder, Integrationsämter, die

Bundesagentur für Arbeit, Rehabilitationsträger sowie Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, der Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen und weitere Organisationen beteiligen sich an Aktivitäten, mit denen die Situation behinderter Menschen auf dem Ausbildungsstellen- und Arbeitsmarkt sowie im Betrieb umfassend gestärkt werden soll. „job – Jobs ohne Barrieren“ will daher in Betrieben und Dienststellen Arbeitgeber, Personalverantwortliche und die Interessenvertretungen der Beschäftigten, insbesondere die Schwerbehindertenvertretungen, zu Partnern machen, um in gemeinsamer Verantwortung die Ausbildungs- und Beschäftigungssituation behinderter und schwerbehinderter Menschen und die betriebliche Prävention nachhaltig zu verbessern.

Informationen zu dieser Initiative sind im Internet unter www.bmgs.bund.de zu erhalten. Die Evaluierung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Initiative wird in den Berichten der Bundesregierung an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes

- zum 30. Juni 2005 über die Situation behinderter und schwerbehinderter Frauen und Männer auf dem Ausbildungsstellenmarkt und
- zum 30. Juni 2007 über die Wirkungen der Instrumente zur Sicherung von Beschäftigung und zur betrieblichen Prävention, in dem die Bundesregierung auch die Höhe der Beschäftigungspflichtquote überprüfen wird,

erfolgen.

8. Integrationsvereinbarungen weiter ausgebaut

Nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter haben die Arbeitgeber mit der Schwerbehindertenvertretung und den betrieblichen Interessenvertretungen verbindliche Integrationsvereinbarungen abzuschließen. Das Instrument der Integrationsvereinbarung wurde weiter ausgebaut. Neben den Bereichen Personalplanung, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit sollen in der Vereinbarung insbesondere auch Regelungen über die angemessene Berücksichtigung schwerbehinderter Menschen bei der Besetzung von Stellen, über eine anzustrebende Beschäftigungsquote, einschließlich eines angemessenen Anteils schwerbehinderter Frauen, zur Ausbildung behinderter Jugendlicher sowie über betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung getroffen werden.

9. Ausgleichsabgabeaufkommen neu verteilt

Ab dem Jahr 2005 verbleibt ein höherer Anteil (70 Prozent; vorher: 55 Prozent) des Ausgleichsabgabeaufkommens bei den Integrationsämtern der Länder. Diese erhalten dadurch eine bessere finanzielle Ausstattung, um insbesondere auch die neuen Leistungen der Integrationsfachdienste für die Teilhabe besonders betroffener schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben in dem erforderlichen Umfang zu ermöglichen. Dies könnte durch

eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der bei den Ländern gebündelten Förderzuständigkeiten unter Berücksichtigung neuer Möglichkeiten unterstützt werden.

10. Wirtschaft bietet Brücke in die Berufsausbildung an

Für behinderte Jugendliche oder junge Erwachsene, die keinen Ausbildungsplatz gefunden haben, bietet die Wirtschaft als Brücke in die Berufsausbildung erstmals im Ausbildungsjahr 2004 eine neu entwickelte sechs- bis zwölfmonatige betriebliche Einstiegsqualifizierung mit Kammerzertifikat an. Die Maßnahme kann auf eine spätere Berufsausbildung angerechnet werden. Grundlage bilden Einstiegsqualifizierungsverträge, die zwischen den jungen Menschen bzw. ihren gesetzlichen Vertretern und den Arbeitgebern geschlossen werden.

Der Bund unterstützt die Einstiegsqualifizierung mit einem Sonderprogramm finanziell mit 270 Mio. Euro. Bis zu 192 Euro im Monat werden für die Einstiegsqualifizierung erstattet. Außerdem wird ein pauschalierter monatlicher Gesamtsozialversicherungsbeitrag von 102 Euro übernommen.

Gemäß den vom Bundeskabinett beschlossenen Sonderprogrammckpunkten sind behinderte junge Menschen angemessen zu berücksichtigen, soweit nicht individuelle Förderbedarfe eine außerbetriebliche Qualifizierung erfordern.

11. Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen

Für behinderte Menschen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht, noch nicht oder noch nicht wieder arbeiten können, sind die 671 anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen das geeignete Instrument zur beruflichen Qualifizierung und Beschäftigung. Aufgabe der Werkstätten ist aber auch, den Übergang behinderter Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern.

Nach dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23. April 2004 können Arbeitgeber, die Werkstattbeschäftigte in ihre Betriebe übernehmen, während der Zeit der Erprobung stärker finanziell unterstützt werden. Die Werkstattbeschäftigten werden zudem auf die Zahl der Pflichtplätze des übernehmenden Betriebes angerechnet. Um den Übergang von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erleichtern, behalten nach der am 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorher vollerbwerbsgeminderte Werkstattbeschäftigte diesen Status auch während der Erprobung einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, wenn diese nicht erfolgreich sein sollte.

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung sind mit Wirkung zum 1. Januar 2004 die Zuständigkeiten für den bedarfsgerechten Ausbau des Netzes an Werk- und Wohnstättenplätzen für behinderte Menschen bei den

Ländern gebündelt worden. Durch neue zusätzliche Finanzierungsformen, wie Miet- und Pachtzinsen sowie Zinszuschüsse zu Darlehen, sind für die Länder weitere Fördermöglichkeiten geschaffen worden. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird bei der Planung neuer oder der Erweiterung bestehender Einrichtungen in den Ländern auch künftig beteiligt. Damit behält der Bund Einfluss auf die Schaffung bedarfsge rechter Versorgungsstrukturen.

IV. Mobilität – Barrierefreiheit – Diskriminierungsschutz

1. Grundlage für Barrierefreiheit durch das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) gelegt

Kernstück des am 1. Mai 2002 in Kraft getretenen BGG ist die Herstellung von Barrierefreiheit. Barrierefreiheit im Sinne eines „Universal Design“ meint eine allgemeine Gestaltung des Lebensumfelds für alle Menschen, die niemanden ausschließt und von allen gleichermaßen genutzt werden kann. Barrierefreiheit setzt grundsätzlich einen umfassenden Zugang und eine uneingeschränkte Nutzung aller Lebensbereiche voraus. Dabei geht es nicht nur um Mobilitätseinschränkungen im Bau- und Verkehrsbe reich, sondern auch um barrierefreie Kommunikation im Internet oder im Behördenverkehr von blinden, seh- oder hörbehinderten Menschen und um die selbstständige Teilnahme blinder und sehbehinderter Menschen an Wahlen sowie um den gleichberechtigten Gebrauch der Gebärdensprache.

Mit dem BGG wurden fast gleichzeitig drei Verordnungen erlassen. In den Verordnungen ist das Recht auf Verwendung von Gebärdensprache und anderen Kommunikationshilfen, die Gestaltung von Bescheiden und die barrierefreie Gestaltung der Informationstechnik geregelt.

Die Bundesregierung setzt ihre Verpflichtungen nach dem BGG zur Herstellung von Barrierefreiheit (Verwaltungsverfahren, barrierefreies Internet, barrierefreie Bundesbauten) konsequent um.

2. Ländergleichstellungsgesetze folgen dem Beispiel des Bundes

Um eine möglichst weit reichende Barrierefreiheit zu gewährleisten, ist es wichtig, dass auch die Länder ihren Teil dazu beitragen. In vielen Bereichen, wie z. B. im Schul- und Hochschulwesen sowie in großen Teilen des Bauens und des Verkehrs, kann der Bund keine Regelungen treffen, weil sie in die ausschließliche Kompetenz der Länder fallen. Die Mehrzahl der Länder ist dem Beispiel des Bundes gefolgt und hat inzwischen Landesgleichstellungsgesetze verabschiedet. Niedersachsen, Hessen, Baden-Württemberg, Hamburg, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern haben noch kein Landesgleichstellungsgesetz.

Die Regelungen in den Landesgleichstellungsgesetzen sind teilweise unterschiedlich ausgefallen. Die Bundesre-

gierung strebt mit den Ländern, insbesondere in den Bereichen Bauen, Kommunikation, Schule und Hochschule, gleiche Standards der Barrierefreiheit an.

3. Sozialleistungen barrierefrei erbringen

Auch die Sozialleistungsträger haben dafür zu sorgen, dass ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude barrierefrei sind und Sozialleistungen barrierefrei erbracht werden. Hier bestehen insbesondere in Arztpraxen noch beträchtliche Defizite.

Hörbehinderte Menschen haben das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die Gebärdensprache zu verwenden. Die Ausbildung von Gebärdensprachdolmetschern muss daher erweitert werden, um die zurzeit noch bestehende Unterversorgung zu überwinden.

Die zuständigen Leistungsträger sind verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen.

Um die zurzeit noch bestehende Unterversorgung zu überwinden, muss die Ausbildung von Gebärdensprachdolmetschern und -dolmetscherinnen weiterhin ein wichtiges Thema bleiben.

Die Bundesregierung wird mit allen Beteiligten Gespräche über die Umsetzung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen führen, bauliche und kommunikative Barrieren bei der Leistungserbringung weiter abzubauen. Dabei sollen Schritte diskutiert werden, die erforderlich sind, damit alle behinderten Menschen ihre Sozialleistungen (z. B. eine qualitätsgerechte ambulante vertragsärztliche Versorgung) barrierefrei erhalten können.

4. Zielvereinbarungen stärken Eigenverantwortung

Zur Herstellung der Barrierefreiheit dient auch das mit dem BGG geschaffene neue Instrument der Zielvereinbarung. Die Zielvereinbarung gibt den Beteiligten die Eigenverantwortung, Regelungen zur Barrierefreiheit zu treffen, die den jeweiligen Verhältnissen und Bedürfnissen angepasst sind. Bisher wurden nur einige Verhandlungen aufgenommen und noch keine abgeschlossen. Ein Grund für die zögerliche Nutzung dieses Instruments liegt darin, dass sich die berechtigten Verbände vielfach noch in Entscheidungs- und Abstimmungsprozessen über mögliche Verhandlungen befinden, ihnen personelle und sachliche Ausstattung fehlt und die Unternehmen eine abwartende Haltung einnehmen. Die Verbände gehen für die Zukunft von einer verstärkten Nutzung dieses Instruments aus.

Die Bundesregierung wird die mit Verbänden und Unternehmen initiierten Gespräche zum Abschluss von Zielvereinbarungen weiter aktiv begleiten und unterstützen. Sie prüft darüber hinaus, wie sie diesen neuen zusätzlichen Aufgabenbereich der Verbände fördern kann.

5. Kompetenzzentren dienen der Verbesserung der Lebens- und Arbeitswelt

Die Bundesregierung setzt sich für eine Stärkung der Verbände und Organisationen behinderter Menschen ein. In einer Reihe von Gesetzen wurden Regelungen vorgesehen, die Verbände immer stärker an den Entscheidungen zu beteiligen (z. B. bei der Vorbereitung gemeinsamer Empfehlungen nach dem SGB IX, der Arbeit der gemeinsamen Servicestellen, durch Anhörungsrechte nach dem BGG und nach dem GKV-Modernisierungsgesetz). Um die Beteiligung behinderter Menschen durch ihre Vertretungen (Behindertenbeauftragte, Behindertenbeiräte, Behindertenverbände, Deutscher Behindertenrat) noch besser zu ermöglichen, sollen Kompetenzzentren eingerichtet werden.

Ziel dieser Kompetenzzentren ist die Verbesserung der Lebens- und Arbeitswelt behinderter Menschen. Sie sollen die Ausbildung und Schulung von Personen übernehmen, um ihnen besser als bisher zu ermöglichen, die Interessen behinderter Menschen zu vertreten oder Zielvereinbarungen nach dem Behindertengleichstellungsgesetz abzuschließen.

Die Bundesregierung begrüßt diese Überlegungen und wird prüfen, wie sie die Verbände in diesem Bereich unterstützen und fördern kann. Sie wird in einem ersten Schritt das Modellprojekt Gustav Heinemann Haus um die Sparte „Kompetenzzentrum“ erweitern und mit den Ländern eine Diskussion darüber führen, wie die Forschung und Lehre im Sinne der Barrierefreiheit und Teilhabe verbessert werden kann.

6. Benachteiligungen im gerichtlichen Verfahren und im Alltag abgebaut

Mit dem Gesetz zur Änderung des Rechts der Vertretung durch Rechtsanwälte vor den Oberlandesgerichten (OLG-Vertretungsänderungsgesetz) vom 23. Juli 2002 wurden Regelungen zur Vermeidung von Diskriminierungen und für mehr Barrierefreiheit in Kraft gesetzt. Vor Gericht besteht für hör- und sprachbehinderte Menschen jetzt ein Wahlrecht zwischen schriftlicher und mündlicher Verständigung oder der Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers. Außerdem sind blinden oder sehbehinderten Menschen auf Antrag Schriftstücke in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich zu machen. Neu ist auch, dass Rechtsgeschäfte kleineren Umfangs von volljährigen geschäftsunfähigen Menschen als wirksam gelten, sobald Leistung und Gegenleistung bewirkt sind.

7. Antidiskriminierungsgesetz soll Diskriminierungen im Zivilrecht abbauen

Um eine umfassende Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen, bedarf es nicht nur einer Weiterentwicklung des Sozialrechtes und der Schaffung von Ansprüchen im öffentlichen Recht, sondern auch der Verankerung des Gleichstellungsgedankens im Bereich des Privatrechts durch die Schaffung entsprechender zivilrechtlicher Regelungen in einem Anti-

diskriminierungsgesetz. Behinderte Menschen werden im Alltag immer noch benachteiligt. Das gilt z. B. für den Abschluss einer privaten Versicherung, den Besuch von Gaststätten, Kinos etc., die Anmietung von Wohnungen oder Ladengeschäften.

Behinderte Menschen dürfen aber auch im Zivilrecht wegen ihrer Behinderung nicht von Verträgen ausgeschlossen, durch schlechtere Bedingungen benachteiligt oder in ihren sonstigen Rechten schlechter gestellt werden.

Wie bei nichtbehinderten Menschen auch, sollte ihr Gesundheitszustand für den Abschluss einer privaten Versicherung individuell geprüft und festgestellt werden, ob und unter welchen Voraussetzungen Versicherungen abgeschlossen werden können. Unterschiedliche Vertragsgestaltungen sind dann nicht als eine Benachteiligung zu bewerten, wenn die zugrunde liegende Risikobewertung nachvollziehbar ist.

Daher arbeiten die Bundesregierung und die Regierungskoalitionen zurzeit an einem Gesetz zum Schutz vor Diskriminierung im Arbeits- und Zivilrecht. Mit diesem Gesetz werden auch die europäischen Antidiskriminierungsrichtlinien in deutsches Recht umgesetzt. Behinderte Menschen sollen in das Antidiskriminierungsgesetz aufgenommen werden.

8. Barrierefreies Bauen des Bundes hat Signalwirkung

Barrierefreies Bauen nützt nicht nur behinderten, sondern auch nichtbehinderten Menschen. Entsprechend wird in den Bauordnungen der Länder eine Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderung, für alte Menschen und Personen mit Kleinkindern gefordert. Eine Signalwirkung ist vom BGG ausgegangen, in dem der Bund eine Selbstverpflichtung zum barrierefreien Bauen übernommen hat.

In den Landesgleichstellungsgesetzen finden sich regelmäßig entsprechende Selbstverpflichtungen für Landesbauten. Neben diesen Selbstverpflichtungen von Bund und Ländern werden in den Bauordnungen der Länder Anforderungen hinsichtlich der Barrierefreiheit von Bauwerken festgelegt. In den meisten Ländern müssen in Gebäuden mit mehr als zwei Wohnungen die Wohnungen eines Geschosses barrierefrei sein.

Mit der am 1. September 2001 in Kraft getretenen Mietrechtsreform können behinderte Mieter vom Vermieter die Zustimmung zu baulichen Veränderungen verlangen, die für die behindertengerechte Nutzung der Mietsache oder den Zugang zu ihr erforderlich sind.

9. Barrierefreiheit auch für Gaststätten von Bedeutung

Mit dem BGG sind die Betreiber von Gaststätten verpflichtet worden, ihre Gasträume künftig barrierefrei zu gestalten. Die Verpflichtung gilt für Gaststätten in neu errichteten Gebäuden und für Gaststätten, die wesentlich umgebaut oder erweitert werden. Mit dieser Pflicht wird eine selbstverständliche Teilnahme am öffentlichen Leben für behinderte Menschen deutlich erleichtert.

Die Bundesregierung führt Gespräche mit Verbänden behinderter Menschen und Unternehmen sowie mit anderen Institutionen zu einer barrierefreien Ausgestaltung von Gasträumen.

10. Barrierefreiheit wird im öffentlichen Nahverkehr berücksichtigt

Barrierefreiheit ist ein hohes Gut. Behinderte Menschen sollen möglichst uneingeschränkt am öffentlichen Leben teilnehmen, einer Arbeit und natürlich auch Freizeitaktivitäten nachgehen können. Der Zugang zum öffentlichen Nahverkehr ist für behinderte Menschen daher besonders wichtig. Nachdem sich anlässlich der Diskussion um Änderungen der Freifahrt-Regelungen für behinderte Menschen herausgestellt hat, dass Barrierefreiheit im öffentlichen Nahverkehr noch nicht erreicht ist, hat die Bundesregierung entschieden, die kostenfreie Nutzung für die berechtigten Personen und ihrer Begleitpersonen uneingeschränkt zu erhalten. Die Verkehrsbetriebe bleiben aufgefordert, eine umfassende Barrierefreiheit herzustellen.

Rechtsgrundlagen dazu, dieses Ziel zu erreichen, sind bereits erlassen. Mit dem BGG sind insbesondere im Verkehrsbereich im eng bemessenen Zuständigkeitsbereich des Bundes wichtige Gesetze geändert worden, die auf die Herstellung einer „möglichst weit reichenden Barrierefreiheit“ abzielen. Dabei sind auch Beteiligungsrechte behinderter Menschen und ihrer Interessenvertreter eingeführt und verbessert worden.

Unter Berücksichtigung von Ergebnissen eines Forschungsvorhabens der Bundesregierung kann grundsätzlich von der Wirksamkeit und Praktikabilität der im Verkehrsbereich vorgenommenen Regelungen zur Barrierefreiheit ausgegangen werden.

Für die Bundesregierung ergeben sich zweieinhalb Jahre nach Inkrafttreten des BGG keine Hinweise dafür, dass die Einführung verbindlicher Fristen zur Zielerreichung der Barrierefreiheit notwendig ist.

Zwar ist in einzelnen Bereichen der Vollzug der gesetzlichen Regelungen (z. B. Aufstellung von Programmen oder Abschluss von Zielvereinbarungen) langsamer vorangeschritten als erwartet. Die Bundesregierung geht jedoch davon aus, dass es sich dabei um Anlaufprobleme bei der Umsetzung der zum Teil neuen Instrumente in die Praxis handelt.

Gleichwohl wird die Bundesregierung die Entwicklung in den kommenden Jahren intensiv beobachten und auf eine weitere Umsetzung des BGG und der geänderten Fachgesetze achten.

Für den Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs kann aufgrund der Forschungsergebnisse festgestellt werden, dass die Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen und das Ziel einer möglichst weit reichenden Barrierefreiheit auf breiter Ebene in die Nahverkehrspläne Eingang finden. Die gesetzlich vorgeschriebene Anhörung der zuständigen Behindertenbeauftragten/-beiräte – soweit vorhanden – wird meist zielführend prakti-

ziert. In vielen Fällen wird eine informelle Beteiligung von Vertretern der Belange behinderter Menschen ergänzend oder alternativ durchgeführt. Die überwiegende Zahl der Aufgabenträger (Städte und Landkreise) verfügt inzwischen über einen Nahverkehrsplan. Einige Aufgabenträger haben nach Inkrafttreten des BGG Neuaufstellungen oder Fortschreibungen ihrer Nahverkehrspläne beschlossen. Es ist aber damit zu rechnen, dass die flächendeckende Aufstellung bzw. Fortschreibung von Nahverkehrsplänen noch einige Jahre in Anspruch nehmen wird. Die Bundesregierung appelliert daher an die Aufgabenträger, die Fortschreibung ihrer Nahverkehrspläne voranzutreiben.

11. Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz berücksichtigt Barrierefreiheit

Mit einer Änderung des Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetzes (GVFG) im Rahmen des BGG ist sichergestellt, dass eine Förderung nur erfolgt, wenn ein Vorhaben die Belange behinderter und anderer Menschen mit Mobilitätseinschränkungen berücksichtigt und den Anforderungen der Barrierefreiheit möglichst weit reichend entspricht.

Bereits bei der Antragstellung müssen die jeweiligen Vorhabenträger u. a. die Barrierefreiheit des Vorhabens bestätigen. Die Länder sind verpflichtet, im Wege der Berichterstattung darzulegen, inwieweit die geförderten Vorhaben dem Ziel der Barrierefreiheit entsprechen. Seitens der Verbände behinderter Menschen wurde der Wunsch nach mehr Transparenz des Verfahrens geäußert. Die Bundesregierung wird zu dieser Frage das Gespräch mit den Ländern suchen.

Durch die Beteiligung der Vertreter behinderter Menschen konnten in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Aufgabenträgern wirkungsvolle Lösungen vorangetrieben werden. Die Belange behinderter Menschen werden grundsätzlich berücksichtigt. Das GVFG hat sich insbesondere im ÖPNV als effektives Instrument für die Herstellung von Barrierefreiheit erwiesen und soll künftig noch stärker genutzt werden.

Nachholbedarf gibt es noch bei der Berücksichtigung der Belange hörbehinderter und gehörloser Menschen.

Die Bundesregierung plant deshalb im Rahmen des Forschungsprogramms Stadtverkehr 2005 ein Projekt zur „Verbesserung der Barrierefreiheit für Blinde und Sehbehinderte sowie Gehörlose und Hörgeschädigte im öffentlichen Raum“.

12. Programm zur Herstellung der Barrierefreiheit von Eisenbahnen

Die Eisenbahnen sind verpflichtet, Programme aufzustellen, mit denen eine möglichst weit reichende Barrierefreiheit erreicht werden soll. Der Programmentwurf der Deutschen Bahn AG (DB AG) zur Herstellung der schrittweisen Barrierefreiheit enthält in Abstimmung mit den Behindertenverbänden einen Anforderungskatalog an barrierefreie Fahrzeuge, der bei Neubestellungen von

Fahrzeugen grundsätzlich Berücksichtigung finden soll. Ein vergleichbarer Anforderungskatalog wird für die Stationen und die damit verbundene Infrastruktur der DB AG erarbeitet.

Programmwürfe weiterer Eisenbahnunternehmen liegen den Aufsichtsbehörden nach Kenntnis der Bundesregierung nicht vor. Die Aufsichtsbehörden haben darauf zu achten, dass die Vorgaben der Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung, dazu gehört insbesondere die Aufstellung von Programmen, beachtet werden. Die Bundesregierung erwartet mit der Veröffentlichung erster Programme, insbesondere des Programms der DB AG, eine Intensivierung der Aktivitäten hinsichtlich der Erstellung der Eisenbahnprogramme.

Im Personenfernverkehr der DB AG sind nach ihren Angaben aktuell nahezu alle Züge im Tagesverkehr mit ein bis zwei Rollstuhlstellplätzen sowie einer für Rollstuhlfahrer weitgehend nutzbaren Toilettenanlage ausgestattet. Insgesamt werden monatlich rund 23 000 Rollstuhlstellplätze im Fernverkehr angeboten. Für alle nach dem 1. Juli 2004 von der DB Fernverkehr AG auf Basis einer Neuentwicklung zu beschaffenden neuen Fahrzeugtypen ist die fahrzeuggebundene Einstiegshilfe im Anforderungsprofil enthalten. Im Personennahverkehr der DB AG verfügt ein Teil der heute verkehrenden Züge bereits über fahrzeuggebundene Einstiegshilfen, rollstuhlgerechte Toiletten und digitale Informationssysteme. Ein wachsender Anteil von Fahrzeugen bedient zum Teil höhengleiche Bahnsteige. Die DB Regio AG setzt ca. 500 Doppelstockwagen mit rollstuhlgängigen Einstiegshilfen und Toiletten ein. Im S-Bahnverkehr plant sie den Einsatz neuer Elektrotriebzüge, ET 428, mit stufenlosem Einstieg.

13. Barrierefreiheit auch im Flugverkehr von Bedeutung

Mit dem BGG sind die Flughäfen und die Luftfahrtunternehmen auf das Ziel der Barrierefreiheit verpflichtet worden. Diesem Anliegen kann insbesondere durch den Abschluss von Zielvereinbarungen Rechnung getragen werden. Bisher sind im Luftverkehr noch keine Zielvereinbarungen abgeschlossen worden.

Die Bundesregierung steht in einem kontinuierlichen Dialog mit Verbänden behinderter Menschen, Flughäfen- und Luftfahrtunternehmen sowie mit weiteren einzubeziehenden Institutionen zu einem barrierefreien Flugverkehr.

Für die Flughäfen kann insgesamt festgestellt werden, dass sie über eine zweckmäßige behindertengerechte Ausstattung verfügen. Durchweg sind Parkplätze für behinderte Menschen in günstiger Lage, Absenkungen, Rampen und Lifte, Toiletten und Telefone für behinderte Menschen vorhanden.

Die europäischen Verbände der Luftfahrtunternehmen und der Flughäfen haben im Jahre 2001 freiwillige Selbstverpflichtungen über Serviceleistungen gegenüber den Flugpassagieren verabschiedet, die jeweils einen besonderen Anhang zum Umgang mit Personen mit eingeschränkter Mobilität enthalten. Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Verkehrsflughäfen haben

sämtliche deutsche Flughafenunternehmen der freiwilligen Selbstverpflichtung zugestimmt. Auch alle im herkömmlichen Fluglinien- und Ferienflugverkehr tätigen deutschen Luftfahrtunternehmen haben diese freiwilligen Selbstverpflichtungen übernommen.

V. Jugend – Familie – Alter

1. Tagesbetreuungsausbaugesetz hilft Eltern und Kindern

Viele Eltern wünschen, dass Betreuungsangebote für behinderte Kinder und Jugendliche besser auf den Bedarf von Familien ausgerichtet werden. Zu berücksichtigen ist, dass 80 Prozent der behinderten Kinder und Jugendlichen täglich zusätzlich besondere Hilfen benötigen. Insgesamt sind mehr als ein Drittel dieser Kinder rund um die Uhr auf Hilfe und Pflege angewiesen.

Mit dem Tagesbetreuungsausbaugesetz trägt die Bundesregierung dem wichtigen gesellschaftspolitischen Ziel der gemeinsamen Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung Rechnung. Das Tagesbetreuungsausbaugesetz sieht für Tageseinrichtungen die gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung in Gruppen vor, sofern der Hilfebedarf dies zulässt.

Das Ziel einer gemeinsamen Förderung kann allerdings nur durch eine enge Zusammenarbeit der Träger der Jugendhilfe und der Träger der Sozialhilfe erreicht werden. Denn bis heute wird die gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung durch strukturelle Barrieren, insbesondere die Zuständigkeitsaufteilung zwischen Jugendhilfe (nichtbehinderte und seelisch behinderte Kinder) sowie Sozialhilfe (körperlich und geistig behinderte Kinder) erschwert. Darüber hinaus erfordert sie eine entsprechende Ausstattung der Gruppen, um den erhöhten Anforderungen integrativer Erziehung und den Bedürfnissen der behinderten Kinder gerecht zu werden sowie der für die Entwicklung der Kinder notwendigen therapeutischen Förderung.

2. Grundsicherung schafft Verbesserungen für Familien mit behinderten Kindern

Das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Grundsicherungsgesetz (ab 2005 Teil des SGB XII) hat zu einer spürbaren Verbesserung der Einkommenssituation behinderter Männer und Frauen und ihrer Familien geführt; die Eltern behinderter Kinder werden durch die Grundsicherung von ihrer lebenslangen Unterhaltspflicht entlastet.

Vor dieser Neuregelung war nach Einschätzung der Lebenshilfe der Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt für volljährige geistig behinderte Menschen schwierig. Die Sozialämter gingen davon aus, dass Eltern ihre erwachsenen behinderten Kinder, die in ihrem Haushalt lebten, weiter finanziell unterstützten. Im Rahmen der Grundsicherung werden Eltern erst dann zum Unterhalt herangezogen, wenn ihr Jahreseinkommen 100 000 Euro überschreitet. Dies ermöglicht nicht nur der in der Grundsicherung fehlende Rückgriff auf das Einkommen von Eltern, sondern zusätzlich der Verzicht auf die bei der

Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII übliche Vermutung, dass sich in einem gemeinsamen Haushalt lebende Verwandte oder Verschwägte gegenseitig mit Leistungen zum Lebensunterhalt unterstützen – soweit dies nach deren Einkommen und Vermögen erwartet werden kann (§ 36 SGB XII).

3. Größtmögliche Selbstbestimmung auch im Alter

Der Anteil der älteren Menschen in der Bundesrepublik wächst und mit ihm auch die Zahl der kranken und behinderten Menschen. Behinderte Menschen sollen auch bei zunehmendem Alter ohne Ausgrenzung und Isolation weiterhin am Leben in der Gesellschaft teilnehmen können. Daher muss behinderten Menschen ein Altern in größtmöglicher Selbstständigkeit und Würde ermöglicht werden.

Pflegebedürftigkeit und Behinderung können durch geeignete präventive und rehabilitative Ansätze verzögert oder vermieden werden. Dies gilt auch für ältere Menschen.

4. Teilstationäre oder ambulante Pflege gewinnt an Bedeutung

Dementielle Erkrankungen im Alter stellen den Hauptgrund für umfassende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit dar und sind inzwischen der häufigste Anlass für eine Heimunterbringung alter Menschen. Gegenwärtig werden komplexe Hilfeleistungen fast ausschließlich stationär in Heimen angeboten, sodass alte Menschen ihr vertrautes Lebensumfeld verlassen müssen, um geeignete Hilfen zu erhalten. Zunehmend etablieren sich jedoch ambulante Wohngruppen für Menschen mit Demenz.

Nach dem seit dem 1. Januar 2002 geltenden Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz können Pflegebedürftige in der ambulanten und teilstationären Pflege bei Vorliegen eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (Demenz) einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr erhalten. Der Betrag ist einsetzbar für teilstationäre Pflegeangebote, gerontopsychiatrische Betreuungsangebote ambulanter Dienste und so genannte niedrigschwellige Betreuungsangebote. Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen bzw. für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte wurde darüber hinaus ein bundesweiter Fonds mit 10 Mio. Euro im Kalenderjahr eingerichtet, der Fördermittel der Länder oder Kommunen in gleicher Höhe ergänzt.

5. Effizienzsteigerung der Leistungsstrukturen der Eingliederungshilfe

Hauptgrund für den Ausgabenanstieg im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist der von Jahr zu Jahr größer werdende Anteil behinderter Menschen im fortgeschrittenen Alter, die Eingliederungshilfe in Einrichtungen in Anspruch nehmen müssen.

Aus der Sicht der Bundesregierung kann sich eine sinnvolle Strategie nicht auf eine Fortführung, Finanzierung und ggf. Umfinanzierung vorhandener Leistungsstrukturen richten, sondern vielmehr bei der Fortentwicklung der Leistungsstrukturen ansetzen. Ein Ansatz hierbei ist die Trennung der Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen von den Maßnahmeleistungen in Einrichtungen, die auf der Grundlage des SGB XII von 2005 an erfolgen wird; weitere Schritte sind die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sowie ambulante und stationäre Leistungen aus einer Hand. Hinzu kommt die Anwendung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets auch für Leistungen der Eingliederungshilfe. Schließlich sind auch die Fähigkeitspotenziale behinderter Menschen jenseits einer beruflichen Nutzung stärker zu fördern.

6. Pflegeversicherung hilft behinderten Menschen

Die Pflegeversicherung hilft behinderten pflegebedürftigen Menschen, ein möglichst selbstbestimmtes, selbstständiges und menschenwürdiges Leben zu führen. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Die Bundesregierung wird vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der zunehmenden Anzahl von Menschen mit Behinderung im Rahmen der Reform um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung darauf hinwirken, dass Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sich an den Teilhabezielen des SGB IX orientieren, dass alle Rehabilitationsträger des SGB IX die notwendigen Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit erbringen (§§ 4 und 5 SGB IX, „Reha vor Pflege“) und dass Pflegebedürftigkeit in keinem Fall dazu führt, dass erforderliche Leistungen zur Teilhabe nicht erbracht werden.

7. Ausbildung von Fachkräften verbessert

Eine qualifizierte Ausbildung der Fachkräfte, aber auch eine laufende Fortbildung sind unerlässlich, um aktuelle, umfassende und gründliche Kenntnisse über Voraussetzungen, Möglichkeiten und Wege der Rehabilitation zu erlangen.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurde die Fortbildungspflicht der Ärzte stärker betont. Die besonderen Belange chronisch kranker und behinderter Menschen sollen in der Fortbildung der ärztlichen und nichtärztlichen medizinischen Berufe noch stärkeren Niederschlag finden. Entsprechend wurden die Ausbildungs- und Prüfungsordnungen verschiedener Gesundheitsberufe geändert. Nachdem am 25. Juni 2001 die Verordnung über die Prüfung zum anerkannten Abschluss „Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen“ erlassen wurde, ist diese Verordnung in den meisten Bundesländern umgesetzt. Thematisiert wird von Länderseite aber der nicht unerhebliche Aufwand für die Umsetzung der Verordnung.

Bereits 1992 wurde die Weiterbildungsordnung für Ärzte um die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ und die Facharztbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ ergänzt. In der novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung aus dem Jahre 2003 sind diese beiden Qualifikationen weiterhin verankert.

Die am 1. Oktober 2003 in Kraft getretene neue Approbationsordnung für Ärzte enthält sowohl Verbesserungen für die ärztliche Ausbildung in Fragen der Rehabilitation als auch in der Geriatrie. Die Vorgabe in der neuen Approbationsordnung, die Ausbildung verstärkt fächerübergreifend und problemorientiert am Lehrgegenstand auszurichten, kommt sowohl der Geriatrie als auch dem gesamten Bereich Rehabilitation zugute.

VI. Deutschland – Europa – Vereinte Nationen

1. Chancengleichheit rückt international in den Vordergrund

Nicht nur in Deutschland, sondern auch auf europäischer und internationaler Ebene hat sich in den letzten Jahren ein Wandel in der Politik für behinderte Menschen vollzogen. Die Verwirklichung der Chancengleichheit für benachteiligte Menschen ist in internationalen Gremien zunehmend in den Vordergrund gerückt.

Der Europäische Rat von Lissabon hat 2000 eine Strategie beschlossen, mit der u. a. die sozialen Sicherungssysteme zukunftssicher gestaltet und modernisiert werden sollen. Den bestehenden sozialen Problemen wie Arbeitslosigkeit, sozialer Ausgrenzung benachteiligter Personengruppen und Armut sollen die europäischen Mitgliedstaaten mit wirksamen Maßnahmen und quantitativen Zielsetzungen begegnen.

Das Europäische Parlament hat im April 2001 die Kommission aufgefordert, eine umfassende Antidiskriminierungsrichtlinie vorzulegen. Die europäischen Behindertenverbänden fordern dies ebenfalls. Die Bundesregierung hat mehrfach betont, dass die Umsetzung dieser Forderung der deutschen Behindertenpolitik mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter, dem SGB IX und dem BGG entspricht. Ziel der Politik der Europäischen Union muss es sein, dass behinderte Menschen ihr Leben in Selbstbestimmung und ohne Diskriminierung gestalten können.

2. Europäischer Aktionsplan für mehr Integration behinderter Menschen

Die Europäische Kommission stellt in ihrem Aktionsplan zur Chancengleichheit für behinderte Menschen zukunftsorientierte Initiativen vor. Diese sollen bis zum Jahr 2010 zur stärkeren Integration von Menschen mit Behinderung in Wirtschaft und Gesellschaft in einem erweiterten Europa beitragen. Behinderte Menschen sollen dabei

im Querschnitt verschiedener Politikbereiche in die einschlägigen Gemeinschaftsmaßnahmen einbezogen werden.

Die Bundesregierung begrüßt das Anliegen der Europäischen Kommission, künftig in allen relevanten Politikbereichen die Belange behinderter Menschen mit einzubeziehen.

3. Europäisches Jahr schärft Bewusstsein

Das Jahr 2003 wurde von der Europäischen Union mit Ratsbeschluss zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen (EJMB 2003) erklärt. Ziel des EJMB 2003 war es u. a., die Rechte behinderter Menschen zu stärken, Maßnahmen zur Förderung ihrer Chancengleichheit in Europa anzuregen, auf die Heterogenität und Vielfalt von Behinderungen hinzuweisen und eine breite Öffentlichkeit für die Belange behinderter Menschen zu sensibilisieren. So hat eine Umfrage des Eurobarometers 2003 ergeben, dass 61 Prozent der Bürgerinnen und Bürger vom EJMB erfahren und 59 Prozent die Anliegen behinderter Menschen besser verstanden haben. Das EJMB 2003 wurde in Deutschland und in den europäischen Ländern intensiv genutzt, um Diskussionen anzuregen, Anstöße zu geben und Veränderungen zu unterstützen. Die damit erzeugte Dynamik wird national und international über das Jahr 2003 hinaus wirken.

4. Erster Entwurf einer UN-Konvention für behinderte Menschen vorgelegt

Bei den Vereinten Nationen wird derzeit an einer Menschenrechtskonvention für Menschen mit Behinderung gearbeitet. Eine Arbeitsgruppe des Ad-hoc-Komitees hat im Januar 2004 in New York auf der Grundlage von zahlreichen Vorschlägen der Staaten und Staatengruppen sowie der Nichtregierungsorganisationen einen ersten verhandelbaren Entwurf für eine solche Konvention ausgearbeitet. Deutschland setzt sich gemeinsam mit seinen europäischen Partnern im Rahmen der Arbeiten des Ad-hoc-Komitees aktiv für eine umfassende Menschenrechtskonvention für Menschen mit Behinderung ein und arbeitet konstruktiv an den Beratungen mit.

Aus deutscher und europäischer Sicht soll es vorrangiges Ziel der Konvention sein, die Anpassung des bereits geltenden internationalen Menschenrechtsstandards an die Belange von Menschen mit Behinderung zu erreichen.

Die Bundesregierung wird darauf achten, dass die neuen Regelungen mit den existierenden völkerrechtlichen Instrumenten in Einklang stehen. Deutschland hat im Rahmen der bisherigen Verhandlungen darauf hingewiesen, dass eine Konvention anwendbar, durchsetzbar und vor allem realistische Ziele festlegen soll. Nur so wird es möglich sein, zahlreiche Ratifizierungen sicherzustellen.

1. Wechsel in der Sichtweise der Politik für behinderte Menschen

1.1 Auftrag des Berichts

Mit § 66 Abs. 1 und 2 des SGB IX wurde die Bundesregierung aufgefordert, Bundestag und Bundesrat bis zum 31. Dezember 2004 über die Lage behinderter Frauen und Männer sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe zu unterrichten. Der Auftrag besteht darin, eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Aufwendungen zu Prävention, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit abzugeben und unter Berücksichtigung und Bewertung der getroffenen Regelungen die zu treffenden Maßnahmen vorzuschlagen.

In dem Bericht ist die Entwicklung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gesondert darzustellen. Dabei ist auch über die nach dem BGG getroffenen Maßnahmen, über Zielvereinbarungen im Sinne von § 5 BGG sowie über die Gleichstellung behinderter Menschen zu unterrichten, eine zusammenfassende, nach Geschlecht und Alter differenzierte Darstellung und Bewertung abzugeben und zu möglichen weiteren Maßnahmen zur Gleichstellung behinderter Menschen Stellung zu nehmen.

Der Bundesrat hat die Bundesregierung in der Entschließung (Bundesratsdrucksache 278/01 (Beschluss)) aufgefordert, „in dem lt. § 66 SGB IX zu erstattenden Bericht über die tatsächlichen und finanziellen Folgewirkungen für die Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe, unter besonderer Berücksichtigung der erst im Laufe des Beratungsverfahrens aufgenommenen Teilhaberegulungen, ausführlich zu berichten und die Erhebungsvariablen sowie die Kosten-Refinanzierungsrechnung für die Jugend- und Sozialhilfeträger im Vorfeld mit den Vertretern der Länder im Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen abzustimmen“.

Der Bericht enthält keine Bezugnahmen auf die früheren Berichte, die von 1982 bis 1997 in jeder Legislaturperiode abgegeben wurden. Der Bericht soll die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe an unserer Gesellschaft darstellen sowie die Politik und die Positionen der Bundesregierung umfassend und im Gesamtzusammenhang vermitteln. Auf die Lage behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen wird entsprechend dem Prinzip des Gender Mainstreaming in den jeweiligen Kapiteln eingegangen.

Die Gliederung des Berichts orientiert sich chronologisch an den einzelnen Lebensphasen. Beginnend mit dem Kapitel „Früherkennung und Frühförderung“ zeichnet der Bericht das Leben behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen vom Kleinkindalter über das Schul- und Erwachsenenalter bis hin in das hohe Alter nach. Dabei stellt er die für die erfolgreiche Teilhabe notwendigen Leistungen in den einzelnen Lebensphasen dar.

Bei der Abfassung des Textes wurde stets auf die aktuellsten vorhandenen Daten Bezug genommen. Wegen der unterschiedlichen Erhebungsintervalle ist das im Bericht verwendete Zahlenmaterial jedoch nicht einheitlich bis

ins Jahr 2004 verfügbar. Soweit vorhanden, sind die Daten getrennt nach Frauen und Männern aufgeschlüsselt und bewertet worden.

1.2 Paradigmenwechsel eingeleitet

Die Behindertenpolitik in Deutschland der vergangenen Jahre ist geprägt von den größten gesetzgeberischen Reformen seit den 70er-Jahren. Nachdem im Jahre 1994 das Grundgesetz in Artikel 3 Abs. 3 um den Satz „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ ergänzt wurde, hat die Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 vier behindertenpolitische Schwerpunkte festgelegt:

- Dem Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes soll Geltung verschafft werden.
- Das Recht der Rehabilitation soll in einem SGB IX zusammengefasst und weiterentwickelt werden.
- Die Eingliederung Behinderter in das Arbeitsleben soll verbessert und weiterentwickelt werden.
- Schließlich soll geprüft werden, wie die Deutsche Gebärdensprache anerkannt und gleichbehandelt werden kann.

Der Bundestag hat am 19. Mai 2000 einstimmig beschlossen, dass die Integration von Menschen mit Behinderungen eine dringliche politische und gesellschaftliche Aufgabe ist (Bundestagsdrucksache 14/2913). Hierdurch wurde eine Verpflichtung für Politik und Gesellschaft geschaffen, sich aktiv um die Integration von Menschen mit Behinderungen in die Familie, in den Beruf und in das tägliche Leben zu bemühen.

Die von den Koalitionsfraktionen festgelegten behindertenpolitischen Schwerpunkte wurden im Wesentlichen umgesetzt durch

- das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter mit Wirkung ab Oktober 2000,
- das SGB IX mit Wirkung ab Juli 2001,
- das BGG mit Wirkung ab Mai 2002,
- das Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) mit Wirkung vom Januar 2003,
- das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen mit Wirkung ab Mai 2004 sowie
- die Einführung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch zum Juli 2004.

Diese Reform hat nicht nur in Deutschland den Grundstein für eine Verbesserung der Situation behinderter Menschen gelegt, sie ist auch auf internationaler Ebene beispielgebend. Dies gilt auch für die Gleichstellung behinderter Frauen durch Berücksichtigung ihrer Lebens- und Erwerbssituationen. Deutschland hat damit eine Vorreiterrolle auf dem Gebiet der europäischen und internationalen Politik für behinderte Menschen übernommen.

1.3 Selbstbestimmung und Teilhabe gestärkt

Behinderte Menschen wollen ihr Leben selbstständig und eigenverantwortlich gestalten. Sie wollen nicht länger nur das Objekt von Versorgung sein. Diese Forderung hat die Bundesregierung aufgegriffen. Selbstbestimmung und Teilhabe sind zur Richtschnur der Behindertenpolitik der Bundesregierung geworden. Es geht dabei nicht nur um Politik für behinderte Menschen, sondern vor allem um Politik mit ihnen. Behinderte Menschen verfügen als Experten in eigener Sache über Erfahrungen sowie Fachwissen und können wichtige Hinweise und Anregungen geben, wie Regeln und Maßnahmen zu gestalten sind, damit sie in allen gesellschaftlichen Bereichen die größten Teilhabechancen haben. Aus diesem Grund wurden die Verbände und Organisationen der behinderten Menschen frühzeitig in die Gesetzgebungsverfahren einbezogen und hatten damit Gelegenheit, ihre Vorstellungen bereits in der Konzeptionsphase einzubringen. In dieser konstruktiven Auseinandersetzung wurden die Reformen gemeinsam entwickelt. Diese Zusammenarbeit hat sich bis zum Abschluss der Gesetzgebungsverfahren – und darüber hinaus – fortgesetzt.

Dieses neue Verständnis der Behindertenpolitik konnte im Rahmen des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen 2003 (EJMB) deutlich zum Ausdruck gebracht werden. Für die Bundesrepublik waren daher „Teilhabe verwirklichen, Selbstbestimmung ermöglichen und Gleichstellung durchsetzen“ die zentralen Botschaften des EJMB, das mit der Eröffnungsfeier in Magdeburg offiziell begann. Entsprechend dem Motto waren in Deutschland die Themenbereiche Persönliche Assistenz, Barrierefreiheit, Gleichstellung und Arbeit sowie Gesundheit und Ethik.

Ziel des EJMB war es, der Gesellschaft die Probleme der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen näher zu bringen und somit das Verständnis für deren Belange zu verbessern. Dass dies gelang, machen schon die über 600 Projektideen deutlich, die bei der Nationalen Koordinierungsstelle für das Europäische Jahr im Rahmen des Antragsverfahrens um Fördermittel eingingen. 182 konnten davon gefördert werden. Zusätzlich fanden zahlreiche weitere Veranstaltungen statt, die zur Diskussion genutzt wurden und Anstöße zur Veränderung gaben (siehe auch Kapitel 16).

1.4 Begriff Behinderung

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ Diese Begriffsbestimmung wurde dem SGB IX zu Grunde gelegt. Sie baut auf früher im § 1 Rehabilitations-Angleichungsgesetz und § 3 Schwerbehindertengesetz getroffene Definitionen sowie dem Verständnis von Behinderung im Benachteiligungsverbot nach Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG auf. Die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft berücksichtigt die internationale fachpolitische Diskussion im

Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Weiterentwicklung der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die nicht mehr die Orientierung an Defiziten, sondern das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen (Partizipation) in den Vordergrund gerückt hat.

Die ICF stellt eine disziplinenübergreifende Sprache für die Erscheinungsformen der funktionalen Gesundheit und ihrer Beeinträchtigungen zur Verfügung. Nach der ICF ist eine „Behinderung“ jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person. Eine Person ist „funktional gesund“, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (materielle, soziale und verhaltensbezogene Umweltfaktoren sowie personbezogene Faktoren (Konzept der Kontextfaktoren))

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinn der ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Die englischsprachige Fassung der ICF wurde 2001 von der WHO veröffentlicht. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hält die deutsche Fassung zum kostenlosen Herunterladen bereit (www.dimdi.de).

Die im SGB IX zugrunde gelegte Definition der Behinderung wurde unverändert in das BGG übernommen. Ziel war, einen einheitlichen Behinderungsbegriff zugrunde zu legen.

1.5 Wesentliche Inhalte der ICF umgesetzt

Zusammen mit dem Beschluss zum BGG hat der Bundestag mit einem Entschließungsantrag die Bundesregierung gebeten, eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Verbänden behinderter Menschen zu bilden, die sich ausgehend von der ICF mit dem Behinderungsbegriff befasst, und die Ergebnisse ihres Berichtsauftrages nach § 66 SGB IX vorzustellen (Bundestagsdrucksache 14/8331). Ausgangspunkt war die in der Anhörung am 23. Januar 2002 im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Bundestages zum Entwurf des BGG geübte Kritik der Behinderten- und Sozialverbände, der Behinderungsbegriff berücksichtige nicht ausreichend die Diskussion um die Weiterentwicklung der ICIDH zur ICF.

Nach der Definition im SGB IX und dem BGG liegt eine Behinderung vor, wenn im Hinblick auf gesundheitliche

Störungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Unter Berücksichtigung dieser zentralen Stellung, die der (Beeinträchtigung der) Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Behinderungsbegriff zukommt, bestand in der Arbeitsgruppe Einvernehmen darüber, dass das für die ICF wesentliche „Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen“ im Behinderungsbegriff des SGB IX und des BGG ausreichend Berücksichtigung findet. Nach dem speziellen Behinderungsbegriff der ICF liegt eine Behinderung bei einer negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren (Faktoren der materiellen, sozialen und verhaltensbezogenen Umwelt – Umweltfaktoren – sowie personbezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht, Ausbildung etc.) auf die Teilhabe an einem Lebensbereich vor. Danach ist eine Person behindert, wenn sie nicht zu allen wichtigen Lebensbereichen Zugang hat und sich in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird. Zusätzlich zu den biomedizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen) werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe, z. B. am Erwerbsleben) einbezogen. Nach dem Teilhabekonzept der ICF ist eine „Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit“ kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden. Diesem Teilhabekonzept der ICF folgt der Behinderungsbegriff des SGB IX und des BGG, nach dem eine Behinderung vorliegt, wenn im Zusammenhang mit gesundheitlichen Störungen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Gegenstand der Diskussion in der Arbeitsgruppe waren Möglichkeiten einer noch engeren Anlehnung des Behinderungsbegriffs des SGB IX und des BGG an die ICF. Insbesondere wurde erörtert, ob die Komponente des Behinderungsbegriffs, die eine mit hoher Wahrscheinlichkeit sechs Monate andauernde Abweichung vom altersstypischen Zustand eines Menschen in Bezug auf körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit fordert, mit der ICF in Einklang zu bringen ist. In der Arbeitsgruppe wurde vertreten, dass das Merkmal des altersstypischen Zustands keine Grundlage in der ICF findet. Vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde darauf hingewiesen, dass auch nach der ICF Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen eine Abweichung von gewissen, allgemein anerkannten Standards bezüglich des biomedizinischen Zustands des Körpers und seiner Funktionen darstellen. Außerdem würde eine Streichung dieses Merkmals nahe legen, dass als Maßstab vom Idealbild eines jungen, gesunden Menschen auszugehen ist. Damit würde der Kreis behinderter Menschen mit entsprechenden Kostenfolgen deutlich ausgeweitet werden.

Daneben wurde in der Arbeitsgruppe der im Behinderungsbegriff des SGB IX und des BGG enthaltene zeitliche Aspekt kritisiert (mit hoher Wahrscheinlichkeit

sechs Monate andauernde Abweichung). Auch hierfür gebe es in der ICF kein vergleichbares Merkmal. Als mögliche, eingrenzende Alternative (Ausschluss vorübergehender Krankheiten) wurde die Formulierung „nicht nur vorübergehend“ vorgeschlagen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sah bei Verwendung dieser Formulierung die Gefahr von Unsicherheiten in der Rechtsanwendung und bei einem vollständigen Verzicht auf eine zeitliche Komponente auch hier die Folge einer deutlichen Ausweitung des Kreises behinderter Menschen.

In der Arbeitsgruppe konnte noch keine Übereinstimmung zu der Frage erzielt werden, ob der Behinderungsbegriff des SGB IX und des BGG unter Berücksichtigung der ICF noch weiter verändert werden sollte. Es wird aber nicht infrage gestellt, dass der Behinderungsbegriff durch die Übernahme des Teilhabekonzepts die Weiterentwicklung der ICIDH zur ICF berücksichtigt. Die Diskussion einzelner Merkmale des Behinderungsbegriffs wie die Alterstypik und der zeitliche Aspekt widerspricht dem nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ist der Auffassung, dass diese Merkmale der ICF nicht entgegenstehen.

Der Deutsche Behindertenrat hat sich im Oktober 2004 für eine noch engere Anlehnung des Behinderungsbegriffs an die ICF ausgesprochen. Er schlägt folgende Definition vor: „Eine Behinderung liegt vor, wenn die Teilhabe eines Menschen am Leben in der Gesellschaft in Folge einer Beeinträchtigung seiner körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit nicht nur geringfügig (und nicht nur vorübergehend) eingeschränkt ist.“

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird gemeinsam mit dem Deutschen Behindertenrat die Diskussion um die Definition des Behinderungsbegriffes fortsetzen.

1.6 Behinderte Menschen in Deutschland

In Deutschland leben 6,639 Millionen schwerbehinderte Menschen (Stand Dezember 2003), die einen Anteil von etwas über 8 Prozent an der Wohnbevölkerung bilden. Von den 6,639 Millionen schwerbehinderten Menschen waren 3,485 Millionen männlich und 3,154 Millionen weiblich.

Behinderte Menschen in Deutschland bilden keine in sich geschlossene Gruppe. Zu ihnen gehören

- 839 057 in Betrieben und Dienststellen beschäftigte schwerbehinderte Menschen (Stand Oktober 2002),
- 173 949 arbeitslose schwerbehinderte Menschen (Stand November 2004),
- 226 703 in Werkstätten für behinderte Menschen geförderte oder beschäftigte behinderte Menschen (Stand 2002),
- etwa 5,6 Millionen noch nicht oder nicht mehr im Arbeitsleben stehende schwerbehinderte Menschen.

Alter und Geschlecht schwerbehinderter Menschen am 31. Dezember 2003:

Alter von ... bis unter ... Jahren	männlich	weiblich	insgesamt
unter 4	8.622	6.654	15.276
4–6	8.615	6.270	14.885
6–15	54.778	39.046	93.824
15–18	23.491	16.980	40.471
18–25	61.790	44.419	106.209
25–35	117.902	92.504	210.406
35–45	257.888	218.604	476.492
45–55	408.548	361.968	770.516
55–60	318.437	249.888	568.325
60–62	187.735	132.249	319.984
62–65	362.644	234.308	596.952
65 und mehr	1.674.891	1.750.661	3.425.552
insgesamt	3.485.341	3.153.551	6.638.892

Quelle: Statistisches Bundesamt

Hinzu kommen

- eine statistisch nicht erfasste Zahl behinderter Menschen, 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 Menschen, 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 Menschen, 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.

Die besonderen, nach Art oder Schwere der Behinderung sehr unterschiedlichen Hilfen, die behinderte Menschen zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft insgesamt brauchen, sind in der Regel nicht davon abhängig, dass zuvor eine (Schwer-)Behinderung förmlich festgestellt wurde. Das Vorliegen der Behinderung ist vielmehr eine Leistungsvoraussetzung wie andere Voraussetzungen auch und wird vom zuständigen Rehabilitationsträger bei seiner Entscheidung über die Sozialleistung geprüft. Eine Feststellung des Grades der Behinderung ist für die besonderen Hilfen und Rechte auf der Grundlage des Schwerbehindertenrechtes sowie für steuerliche und sonstige Nachteilsausgleiche von Bedeutung.

Die Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung wird von den Versorgungsämtern getroffen. Die Länder können hierzu aber auch andere Behörden bestimmen. Als Grundlage für diese Feststellung dienen die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“, die in einer Neufassung 2004 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegeben wurden. Die Neufassung berücksichtigt alle bis zum 1. Mai 2004 gefassten begutachtungsrelevanten Beschlüsse des Ärztlichen Sachverständigenbeirates der Sektion Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Einbezogen sind die Inhalte neuer Gesetze wie beispielsweise das Infektionsschutzgesetz oder das SGB IX. Bis zur Verrechtlichung gelten die Anhaltspunkte wie untergesetzliche Normen. Die Anhaltspunkte stehen als kostenloser Download im Internet unter www.bmgs.bund.de zur Verfügung.

Wichtig ist, dass begriffliche Abgrenzungen in Bezug auf behinderte Menschen einer gedanklichen und sozialen Ausgrenzung dieser Menschen nicht Vorschub leisten dürfen, sondern – nach vorrangiger Betrachtung ihrer Fähigkeiten – als Hinweis auf ihre individuellen Probleme und Chancen zu verstehen sind und sie gewährleisten, dass behinderte Menschen gemäß ihrer individuellen Bedarfe Zugang zu den Hilfen erhalten, die sie zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benötigen.

1.7 Rehabilitation hat Vorrang vor Rente und Pflege

Nach § 10 SGB I haben behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeiten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
- ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie
- Benachteiligungen aufgrund der Behinderung entgegenzuwirken.

Diese Vorgaben dienen nicht nur der Anwendung des Sozialrechts, sondern sind darüber hinaus als Leitlinie der Rehabilitations- und Behindertenpolitik in Deutschland allgemein anerkannt.

Unter den Grundsätzen, die aus ihr abzuleiten sind, sind hervorzuheben:

- das Ziel der selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft;
- der Grundsatz der Finalität, nach dem die notwendigen Hilfen jedem behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen 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 Menschen zugeschnitten und dieser Bedarfssituation mit geeigneten Mitteln gerecht werden muss.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Vorrang vor Rentenleistungen, wenn diese den späteren Bezug von Rentenleistungen vermeiden helfen (§ 8 Abs. 2 SGB IX, § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI und § 26 SGB VII) – Grundsatz „Leistungen zur Teilhabe vor Rente“. Gleiches gilt, wenn durch die Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet wird (§ 8 Abs. 3 SGB IX, § 5 SGB XI).

Unter diesen Voraussetzungen kann es gelingen, behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ihr individuell erreichbares Höchstmaß an Persönlichkeitsentfaltung zu sichern. Zielgerichtete und passgenaue Leistungen zur Teilhabe tragen dazu bei. Gleichzeitig haben sie eine hohe präventive Wirkung. Sie verhindern negative gesundheitliche und soziale Entwicklungen und tragen dadurch zur Entlastung der Sozialsysteme bei. Dies belegen z. B. die Erfahrungen in der Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung. Dort wurden seit jeher Leistungen zur Teilhabe besonders nachdrücklich eingesetzt, statt einfach nur Entschädigungen zu zahlen. Es ist für alle Beteiligten von Vorteil, alle vorhandenen Möglichkeiten zur Teilhabe zu nutzen, und zwar unabhängig von der Ursache der – drohenden oder bereits eingetretenen – Behinderung und von der Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger.

1.8 Rehabilitationsträger im gegliederten System

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft, insbesondere am Arbeitsleben, erfordern oft besondere medizinische, schulische, berufliche und soziale Maßnahmen und Hilfen. Diese Leistungen sind im System der sozialen Sicherung nicht einem eigenständigen Zweig zugeordnet. Vielmehr ist das Recht auf Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen Bestandteil der einzelnen Sozialleistungsbereiche. Sie sind entstanden und eingebettet in die sonstigen Aufgaben einer Vielzahl von Sozialleistungsträgern, die bei den Leistungen zur Teilhabe zusammenfassend als Rehabilitationsträger bezeichnet werden.

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht, welche Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (§ 4 SGB IX) von welchen Trägern (§ 6 SGB IX) erbracht werden.

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen nach Trägergruppen

Leistungen zur	Unfallversicherung	Soziale Entschädigung	Krankenversicherung	Rentenversicherung	Bundesagentur für Arbeit	Jugendhilfe	Sozialhilfe
medizinischen Rehabilitation	X	X	X	X		X	X
Teilhabe am Arbeitsleben	X	X		X	X	X	X
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	X	X				X	X

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe aufgrund ihrer umfassenden Aufgabenstellung grundsätzlich nachrangig bei allen Leistungen zur Teilhabe eintreten.

Schwerbehinderte Menschen können zu ihrer beruflichen Eingliederung auch besondere zusätzliche Leistungen erhalten, z. B. technische Hilfsmittel oder Arbeitsplatzausstattungen. Diese werden aus der Ausgleichsabgabe bestritten (siehe auch Kapitel 6).

Inhalt und Zielsetzung der Leistungen zur Teilhabe ergeben sich unmittelbar aus dem SGB IX, soweit sich aus den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Diese Vorrangregelung für das Leistungsrecht im SGB IX macht deutlich, dass das gemeinsame Ziel der möglichst weit gehenden Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft von allen zuständigen Rehabilitationsträgern in grundsätzlich gleicher Weise verfolgt wird. Demgegenüber richten sich die Zuständigkeit und die Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe wegen des gegliederten Systems nach den für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (§ 7 Satz 2 SGB IX). Durch die Zusammenfassung der für mehrere Sozialleistungsbereiche einheitlich geltenden Vorschriften ist das SGB IX in ähnlicher Weise bereichsübergreifend wirksam wie bereits zuvor die Regelungen des Ersten, des Vierten und des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches. Viele besondere Regelungen der einzelnen Leistungsgesetze wurden im Zuge des SGB IX aufgehoben oder durch Bezugnahmen auf das SGB IX ersetzt oder inhaltlich angepasst. Die bereichsübergreifende Wirksamkeit des SGB IX ist nach Auswertung vielfältiger Erfahrungen aus der Praxis noch nicht vollständig erreicht.

1.9 Kooperation und Koordinierung

Bei zielgerichteter Zusammenarbeit der zuständigen Rehabilitationsträger schafft und sichert ein gegliedertes System behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen weit gehende und wirkungsvolle Möglichkeiten der Eingliederung. Das gegliederte System kann aber nur dann funktionieren, wenn es nicht aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten für die einzelnen Leistungen zu Verzögerungen oder sonstigen Nachteilen für die behinderten Menschen kommt. Dies ist immer noch zu häufig der Fall. Sowohl in der individuellen Fallgestaltung und Hilfeplanung wie auch in den örtlichen, regionalen und bundesweiten Strukturen sind die Koordinierung der Leistungen und ein nahtloser Verfahrensablauf allgemein als das Kernproblem wirkungsvoller und zugleich kostengünstiger Rehabilitation anzusehen, dessen Bewältigung auch in Zukunft eine Hauptaufgabe bei der Umsetzung des SGB IX sein wird.

Eine verbesserte Kooperation der Rehabilitationsträger und Koordinierung der Leistungen ist ein besonderes Anliegen des SGB IX. Durch ein umfassend abgestimmtes Vorgehen sollen Beeinträchtigungen der Teilhabe beseitigt und die Selbstbestimmung der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen gefördert werden. Daher ist die Verbesserung der Kooperation der Rehabilita-

tionsträger und der Koordinierung der Leistungen ein Schwerpunkt des SGB IX. Ansatzpunkte sind:

- die Einbeziehung der Träger der Sozialhilfe und der Träger der öffentlichen Jugendhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger;
- die Einrichtung von örtlichen gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger mit umfassenden trägerübergreifenden und anbieterneutralen Beratungs- und Unterstützungsaufgaben und der Verpflichtung, dort besonders geschultes Fachpersonal einzusetzen;
- die gesetzliche Festlegung der Verpflichtung zu gemeinsamem Handeln unter Einbeziehung des Leistungsberechtigten und Beachtung seiner Wünsche und Bedürfnisse sowie von Koordinierungsaufgaben;
- die Konkretisierung des Gesetzes in wichtigen Fragen durch Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) verbunden mit der Ermächtigung des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, die Koordinierung durch Verordnung im Einzelnen zu regeln, wenn die Träger dies nicht, nicht in angemessener Frist oder nur unzureichend tun;
- die Sicherstellung der Beratungs- und Unterstützungskompetenz von Behindertenorganisationen und Selbsthilfegruppen einschließlich von Interessenvertretungen behinderter Frauen durch deren Beteiligung an der Beratung durch die Servicestellen und der Erarbeitung der gemeinsamen Empfehlungen.

Eine erfolgreiche Rehabilitation und Teilhabe umfassen in vielen Fällen Leistungen verschiedener Leistungsgruppen. Schon beim Zugang zur Rehabilitation fallen Vorentscheidungen über Verlauf und Erfolg der Gesamtmaßnahme und ihrer einzelnen Phasen. Die umfassende und qualifizierte Beratung behinderter Menschen sowie ihre Unterstützung bei der Inanspruchnahme notwendiger Sozialleistungen liegt nicht nur im Interesse der Betroffenen, sondern ist von besonderer Bedeutung auch für die Wirksamkeit der Leistungen.

Bereits nach § 14 SGB I hat jeder Bürger und jede Bürgerin einen Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber Rechte geltend zu machen oder Pflichten zu erfüllen sind. Nach den §§ 15 und 16 SGB I sind die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach dem Sozialgesetzbuch Auskünfte zu erteilen und die zuständigen Leistungsträger zu benennen. Sie sind weiter verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen. Anträge auf Sozialleistungen werden von allen Leistungsträgern entgegengenommen und an den zuständigen Leistungsträger weitergeleitet. Um eine qualifizierte Beratung, anbieterneutral und zugleich verbindlich zu gewährleisten,

bedurften die in §§ 14 bis 16 des SGB I enthaltenen Regelungen der Ergänzung.

Daher waren mit dem SGB IX neue Strukturen für die Zusammenarbeit von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern sowie Bedingungen für eine barrierefreie Steuerung der Leistungen der Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen zu schaffen und Qualität sowie Effizienz zu sichern.

1.10 Antragsfristen verkürzt

Für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen ist die möglichst zügige Erbringung der notwendigen Leistungen durch den zuständigen Rehabilitationsträger von entscheidender Bedeutung für ihre weitere Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Vor Inkrafttreten des SGB IX mussten behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen häufig sehr lange auf die Leistungserbringung warten. Grund dafür waren Streitigkeiten über die Zuständigkeit sowie lange Wartezeiten für die Erstellung von Gutachten sowie die Anforderung von Mehrfachgutachten. Die Rehabilitationsträger nutzten die bereits vorliegenden Gutachten nur wenig und vertrauten häufig nur den in ihrem Auftrag erstellten Gutachten. Ein wesentlicher Schwerpunkt des SGB IX und ein Faktor zur Kostenersparnis ist daher die Sicherung einer möglichst schnellen Leistungserbringung.

Mit § 14 SGB IX wurde ein neues Verfahren der Zuständigkeitsklärung eingeführt mit dem Ziel, eine Verkürzung des Antragsverfahrens und Beschleunigung der Leistungserbringung zu erreichen. Mit diesem Verfahren wurden die kürzestmöglichen Fristen festgelegt und Mehrfachbegutachtungen auf ein unumgängliches Minimum beschränkt.

Grundsätzlich soll der zuerst angegangene Rehabilitationsträger die Leistungen erbringen. Er hat innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages festzustellen, ob er für die Leistung zuständig ist. Bei negativem Ergebnis hat er den Antrag unverzüglich dem Rehabilitationsträger zuzuleiten, den er für den zuständigen hält. Wurde der Antrag nicht weitergeleitet und ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs kein Gutachten erforderlich, hat der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen. Der Rehabilitationsträger hat für die Anfertigung des Gutachtens unverzüglich geeignete Sachverständige zu beauftragen. Er benennt dem Leistungsberechtigten in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige unter Berücksichtigung bestehender sozialmedizinischer Dienste und trägt dem Wunsch des Leistungsberechtigten Rechnung. Der Rehabilitationsträger hat sicherzustellen, dass Sachverständige beauftragt werden können, bei denen Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen. Das umfassende sozialmedizinische und bei Bedarf psychologische Gutachten wird durch den Sachverständigen innerhalb einer Frist von zwei Wochen erstellt.

Eine zweite Weiterleitung des Antrages ist nur möglich, wenn der Rehabilitationsträger für die beantragte Leistung nicht nach § 6 Abs. 1 SGB IX Rehabilitationsträger sein kann. Dann hat er unverzüglich mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger abzuklären, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der vorgegebenen Fristen entschieden wird und hierüber den Antragsteller zu unterrichten. Sofern der Rehabilitationsträger keinen anderen Rehabilitationsträger findet, der sich zur Übernahme bereit erklärt, hat er abschließend selbst zu entscheiden.

Die veränderten Regelungen zur Zuständigkeitsklärung haben sich bewährt. Zwar konnten die engen zeitlichen Vorgaben des SGB IX noch nicht überall eingehalten werden, doch haben sich die Fristen bis zur Leistungserbringung erheblich verkürzt. Das wurde auch im Rahmen der Anhörung der Koalitionsarbeitsgruppe Menschen mit Behinderungen zum Umsetzungsstand des SGB IX am 13. Oktober 2003 im Deutschen Bundestag deutlich. Die Rehabilitationsträger haben ganz überwiegend positive Erfahrungen mit dem in § 14 SGB IX geregelten Verfahren zur Klärung der Zuständigkeit gemacht. Fast durchweg wird die Umsetzung als unproblematisch geschildert. Noch nicht allen Rehabilitationsträgern gelang es, das Verwaltungsverfahren so zu optimieren, dass die gesetzlich vorgegebenen Ziele erreicht wurden. Hier sind weitere Anstrengungen notwendig, damit Menschen mit Behinderungen Leistungen zu Teilhabe schnell und umfassend erhalten.

Die Verbände behinderter Menschen berichten weiterhin über Fälle, in denen Ansprüche auf Eingliederungshilfe im Wege einstweiliger Anordnungen gegenüber dem zur vorläufigen Hilfeleistung verpflichteten Träger der Sozialhilfe durchgesetzt werden müssten. Darüber hinaus lägen Erfahrungen (insbesondere hinsichtlich der gesetzlichen Krankenkassen) vor, dass Regelungen über die Zuständigkeitsklärung des § 14 SGB IX des Öfteren unterlaufen würden, weil der angegangene Träger die beantragte Leistung ablehne und hierüber keinen schriftlichen Bescheid oder einen Bescheid ohne Rechtsbehelfsbelehrung erteile. Zudem würden viele Leistungsberechtigte die Entscheidung hinnehmen.

Allerdings liegen seitens der Träger, etwa der Krankenkassen und der Träger der Sozialhilfe, vielfach noch keine oder nur unvollständige Angaben zu den Erfahrungen mit den neuen Zuständigkeitsklärungsverfahren vor. Auch dort, wo Daten erhoben wurden, ist noch weiterer Verbesserungsbedarf erkennbar, zumal bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Aus den vorliegenden Informationen geht hervor: Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) hat die durchschnittliche Laufzeit von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bis zur Entscheidung über den Antrag von 14,5 Tagen im Jahre 2002 auf 10,9 Tagen (2003) reduziert. Die Bundesagentur für Arbeit hat im ersten Halbjahr 2004 die Zuständigkeit im Durchschnitt innerhalb von 8,7 Tagen geklärt.

Allein der Deutsche Städtetag hält das Zuständigkeitsklärungsverfahren für praxisfern, eine Klärung des Rechts-

anspruchs innerhalb von 14 Tagen sei nicht leistbar. Aus Sicht einiger Länder überfordere das Zuständigkeitsklärungsverfahren gemäß § 14 SGB IX die Sozialhilfeträger, da die engen Fristen nicht eingehalten werden könnten. Eine Verringerung der Verfahrensdauer sei nicht eingetreten. Möglichkeiten für die Einhaltung der Fristen könnten sich nur durch personelle Veränderungen ergeben. Kosten seien bisher nicht eingespart worden. Alternativen werden jedoch von den Kritikern nicht genannt.

Zur Kosteneinsparung durch Reduzierung der Fristen nehmen die Rehabilitationsträger eine unterschiedliche Position ein. Während beispielsweise die BfA, die landwirtschaftlichen Alterskassen und die gesetzlichen Krankenkassen bisher keine Einsparungen feststellen konnten bzw. erwarten, geht die knappschaftliche Rentenversicherung davon aus, dass infolge der Verkürzung der Bearbeitungszeit Kosteneinsparungen beim Übergangsgeld wegen noch bestehender Ansprüche auf Entgeltfortzahlung sowie der Verkürzung der Anspruchsdauer auf Zwischenübergangsgeld gemäß § 51 SGB IX erzielt worden sind. Allerdings lassen sich die Einsparungen zurzeit noch nicht beziffern. Auch die Bundesagentur für Arbeit schätzt ein, dass durch die neuen Zuständigkeitsregelungen deutliche Verfahrenskürzungen und damit auch Einsparungen bei den Lohnersatzleistungen für arbeitslose Menschen eingetreten sind, die aber in der Höhe nicht quantifizierbar sind.

Hinsichtlich der Einhaltung der Vorschriften zur Erstellung von Gutachten ergibt sich folgendes Bild:

Die gesetzlich vorgeschriebene Frist für die Erstellung der erforderlichen Gutachten wurde nach Angaben der Träger und der Verbände nicht eingehalten. Während die Bundesknappschaft und die BfA die Einhaltung der Frist bei den Sachverständigen offenbar sicherstellen konnte, vergehen etwa bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern häufig mehrere Monate bis zur Erstellung des Gutachtens. Die längeren Bearbeitungszeiten in der Unfallversicherung sind allerdings überwiegend durch die umfangreichere Aufgabenstellung für die Gutachter bedingt. Nach Angaben der Spitzenverbände der Krankenkassen werden Fristen für die Erstellung von Gutachten im Regelfall eingehalten. Verzögerungen könnten sich ergeben, wenn Gutachten nach körperlicher Untersuchung erforderlich seien und eine Terminabsprache zwischen Versichertem und Gutachter längere Zeit erfordere. Im Durchschnitt dauere die Erstellung von Gutachten mit körperlicher Untersuchung zwei Wochen, nach Aktenlage nur wenige Tage.

Nach Darstellung der Träger erfolgt die Nutzung von Gutachtern anderer Rehabilitationsträger nur im Ausnahmefall. Insbesondere bei den Rehabilitationsträgern, die über ein breites Netz von ärztlichen/psychologischen Diensten verfügen, werde keine Notwendigkeit gesehen, (externe) Gutachter zu beauftragen. Zur Auswahl von Gutachtern, bei denen Zugangs- und Kommunikationshindernisse nicht bestehen, seien Probleme nicht bekannt geworden.

Für Gutachten ermöglicht die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller sozialmedizinisch relevanten Aspekte einer Person in ihrem jeweiligen Umfeld. Auf dieser Grundlage können und müssen auch in den Fällen, in denen mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind oder Zuständigkeiten wechseln, erneute Begutachtungen vermieden werden. Die Bundesregierung wird bei den Rehabilitationsträgern darauf hinwirken, die Dominanz medizinisch geprägter Terminologie und medizinisch geprägter Fragestellungen abzubauen, um dem umfassenden Ansatz des SGB IX und den dadurch notwendigen, unterschiedlichen Ansatzpunkten von Leistungen zur Teilhabe Rechnung zu tragen.

Wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist nach § 10 SGB IX im konkreten Fall der zuständige Leistungsträger dafür verantwortlich, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, dem Leistungsberechtigten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls die umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen. Dabei sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, das Verfahren durchgehend entsprechend dem jeweiligen Bedarf zu sichern und zu gewährleisten, dass die wirksame und wirtschaftliche Ausführung der Leistungen nach gleichen Maßstäben und Grundsätzen erfolgt.

1.11 Behinderte Frauen haben besondere Hilfebedarfe

Frauen mit Behinderungen, die Leistungen der Rehabilitation und der Pflege benötigen, haben besondere Bedürfnisse und sehen sich besonderen Problemen gegenüber. Daher wurde im SGB IX dem besonderen Hilfebedarf von Frauen mit Behinderungen, insbesondere behinderter Mütter und Alleinerziehender mit behinderten Kindern, Rechnung getragen. Diese Vorgabe spricht Frauen an, die durch das Eintreten einer Behinderung oft doppelt benachteiligt werden. Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sollen für alle behinderten und von Behinderung bedrohten Frauen in gleicher Weise zugänglich und nutzbar sein. Entsprechendes gilt für Kinder. So wurden Regelungen geschaffen, die die Teilnahmemöglichkeiten von Frauen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben verbessern sollen. Dieser neue Ansatz hat sich als dringend notwendig herausgestellt, denn behinderte Menschen leisten Familienarbeit wie nichtbehinderte Menschen auch. Dies muss nicht nur im Erwerbsleben, sondern auch in der Rehabilitation Berücksichtigung und gesellschaftliche Anerkennung finden. Eine bedarfsgerecht ausgestaltete Leistung zur Teilhabe verspricht größere Aussicht auf Erfolg und geringere Abbruchquoten. Damit hat der Gesetzgeber mit

dem SGB IX eine Grundlage geschaffen, die den Bedürfnissen betroffener Frauen deutlicher als bisherige Regelungen Rechnung trägt. Dies erfordert in vielen Bereichen ein Umdenken.

Ausdrücklich sind in weiten Bereichen des SGB IX Beteiligungsrechte behinderter Frauen benannt, so z. B. die gleichrangige Beteiligung von Interessenvertretungen behinderter Frauen bei der Vorbereitung der unterschiedlichen gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX, bei der Abstimmung der Rehabilitationsträger über Anzahl und Qualität der fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen (§ 19 SGB IX) oder die Beteiligung bei der Vorbereitung an den Empfehlungen zur Qualitätssicherung (§ 20 SGB IX), die Beteiligung an der Beratung sowie der Besetzung in den gemeinsamen Servicestellen und der Berichterstattung (§§ 22, 24 SGB IX).

Damit diese Aufgabe wirkungsvoll erfüllt werden kann, wird das Bundesnetzwerk Weibernetz e.V. im Rahmen einer Projektförderung ab Januar 2003 zunächst für drei Jahre von der Bundesregierung gefördert. Die Schwerpunkte des Projektes betreffen die Umsetzung des SGB IX und des BGG (siehe auch Kapitel 15).

1.12 Wunsch- und Wahlrechte gestärkt

Der veränderten gesellschaftlichen Einstellung zu Selbstbestimmung und Selbstverantwortung von Menschen mit Behinderung trägt das SGB IX durch erweiterte Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten Rechnung. Danach haben die Rehabilitationsträger den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen, und zwar sowohl bei der Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe als auch bei deren Ausführung (§ 9 SGB IX). Auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten ist bei der Entscheidung über die Leistung und bei der Ausführung der Leistung Rücksicht zu nehmen. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder wird Rechnung getragen.

Solche Wünsche können sich auch auf die Auswahl der Rehabilitationsdienste und -einrichtungen und damit auch auf den Leistungsort erstrecken oder auf die Erbringung der Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden, als Geldleistung, wenn die Leistungen hierdurch voraussichtlich bei gleicher Wirksamkeit wirtschaftlich zumindest gleichwertig ausgeführt werden können. Dazu gehört, dass Leistungen zur Teilhabe in Form des Persönlichen Budgets erbracht werden können (§ 17 SGB IX).

Hinsichtlich der Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes der Betroffenen bestehen unterschiedliche Einschätzungen. Die Rehabilitationsträger berichten, dass das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen sowohl bei der Beratung als auch bei Leistungsentscheidungen respektiert und berücksichtigt wird. Sie erkennen an, dass diese Berücksichtigung ein wichtiger Faktor für die Motivation

und für den potenziellen Rehabilitationserfolg ist. In der überwiegenden Anzahl der Fälle kann ein Einvernehmen mit den Leistungsberechtigten erzielt werden. Behindertenverbände kritisieren eine mangelnde Aufklärung der Betroffenen durch die Rehabilitationsträger über die bestehenden Wahlmöglichkeiten. Sie bemängeln, dass aufgrund eines nicht ausreichenden Angebotes an ambulanten Diensten in einigen Ländern eine tatsächliche Wahlmöglichkeit nicht gegeben ist. So sieht beispielsweise die Lebenshilfe Probleme, wenn Menschen mit einem hohen Hilfebedarf ambulante Hilfen für sich reklamieren. Hier komme es zu Schwierigkeiten mit den kommunalen Sozialhilfeträgern.

1.13 Persönliches Budget wird eingeführt

Der mit dem SGB IX vollzogene Paradigmenwechsel von der Fürsorge zur Selbstbestimmung fand seinen Ausdruck auch in der neu geschaffenen Möglichkeit, Leistungen zur Teilhabe in Form Persönlicher Budgets zu erbringen. Dies ermöglicht behinderten Menschen, für diese Leistungen nicht mehr ein mehr oder weniger geschlossenes Angebot einer stationären oder teilstationären Einrichtung oder eines ambulanten Dienstes in Anspruch zu nehmen, sondern die Hilfe nach seinen persönlichen Wünschen zu organisieren. Damit wird das Sachleistungsprinzip durchbrochen, das im Rahmen der Förderung der Selbstbestimmung auf Grenzen stößt.

Soweit gewünscht, entsteht eine unmittelbare Beziehung zwischen der Leistung, die behinderte Frauen und Männer vom Leistungsanbieter oder einer von ihnen angestellten Assistenzkraft in Anspruch nehmen, und der Vergütung dieser Leistung. Der Vorteil für die behinderten Menschen liegt darin, dass sie einen Zuwachs an Entscheidungsmöglichkeiten für die von ihnen gewünschte Lebensform und über die Erbringung der notwendigen Hilfen erhalten. Nach § 17 Abs. 3 SGB IX in der bis Juni 2004 geltenden Fassung hatten die Rehabilitationsträger die Einführung Persönlicher Budgets durch Modellvorhaben zu erproben. Derartige Modellvorhaben wurden insbesondere in Baden-Württemberg, in Niedersachsen, in Hamburg und in Bielefeld-Bethel durchgeführt.

Besondere Bedeutung für die Fortentwicklung der Leistungen zur Teilhabe haben trägerübergreifende Persönliche Budgets als Komplexleistungen. Am 1. Juli 2004 sind hierzu weiterentwickelte Regelungen in Kraft getreten, desgleichen die Budgetverordnung, mit der die näheren Einzelheiten des Verfahrens geregelt werden. Mit den weiterentwickelten Regelungen können neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erstmals auch andere Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in trägerübergreifende Persönliche Budgets einbezogen werden.

Die Verordnung sieht ein gestuftes Verfahren vor: Der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger (Beauftragter) handelt im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger. Er holt von den anderen Leistungsträgern Stellungnahmen insbesondere zum Bedarf und der Höhe der Persönlichen Budgets ein. Nachdem die beteiligten Träger die notwendigen Feststellungen in

einem Bedarfsfeststellungsverfahren gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten beraten haben, trifft der Beauftragte mit dem Berechtigten eine Zielvereinbarung. Darin wird insbesondere Näheres zu den Förder- und Leistungszielen festgehalten. Sobald die Zielvereinbarung vorliegt, erlässt der Beauftragte den (Gesamt-)Bescheid. Widerspruch und Klage richten sich dabei stets gegen den Beauftragten.

Das trägerübergreifende Persönliche Budget stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen: die behinderten Menschen, die Leistungsträger und die Leistungserbringer. Viele Fragen sind offen; deshalb wurde eine dreieinhalbjährige Erprobungsphase vorgesehen. Dabei werden in acht Modellregionen, die mit den obersten Landessozialbehörden abgestimmt wurden, Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung werden Beratung und Unterstützung allgemein und in Einzelfällen sowie Fortbildung, Informations-, Erfahrungs- und Meinungsaustausch angeboten. Während dieser Zeit – also bis zum 31. Dezember 2007 – ist das Persönliche Budget bundesweit eine Ermessensleistung, nicht nur in den Modellregionen. Ab 1. Januar 2008 besteht ein Rechtsanspruch, Leistungen in Form des Persönlichen Budgets zu erhalten.

Folgenden Modellregionen wurde eine Beteiligung angeboten, verbunden mit der Erwartung von jeweils mindestens 50 Budgetnehmern:

- München und Mittelfranken,
- Berlin (Friedrichshain/Kreuzberg),
- Hessen (Kreise Groß-Gerau und Marburg-Biedenkopf),
- Nordrhein-Westfalen (Düsseldorf und Bielefeld),
- Rheinland-Pfalz (Trier-Saarburg),
- Sachsen-Anhalt (Magdeburg mit umliegenden zwei bis drei Landkreisen),
- Schleswig-Holstein (Kreise Segeberg und Schleswig-Flensburg),
- Thüringen (Gera).

Mit der weiterentwickelten Leistungsform werden kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen stärker als bisher unterstützt, ein möglichst selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben führen zu können. Die Bundesregierung wird unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den Modellregionen und der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Persönlichen Budget prüfen, ob die bisher erfolgten Regelungen zur Einbeziehung der Leistungen der Pflegeversicherung sachgerecht sind.

Um eine abgestimmte Ausführung des Persönlichen Budgets als Komplexleistung zu unterstützen, wurden von einer BAR-Arbeitsgruppe vorläufige Handlungsempfehlungen, „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“, entwi-

ckelt. Die Arbeitsgruppe besteht aus Vertretern der Verbände behinderter Menschen, der Verbände der Leistungserbringer und der Rehabilitationsträger, der Pflegeversicherung und der Integrationsämter.

Nach intensiven Beratungen wurden am 1. November 2004 vorläufige Handlungsempfehlungen veröffentlicht. Sie beinhalten u. a. Übersichten über die beispielhaft für ein Persönliches Budget geeigneten Leistungen, Anregungen für die Ausgestaltung des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens und verschiedene Mustervordrucke. Die Arbeitsgruppe der BAR hat sich darauf geeinigt, im Frühjahr 2005 die bis dahin vorliegenden Erfahrungen aufzugreifen und die Handlungsempfehlungen inhaltlich weiterzuentwickeln. Eine enge Zusammenarbeit mit den Modellregionen und deren wissenschaftlicher Begleitung wird angestrebt.

1.14 Gemeinsame Servicestellen eingerichtet

Mit der Errichtung von gemeinsamen Servicestellen aller Rehabilitationsträger in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt, die auf der Grundlage des SGB IX bis Ende 2002 im Wesentlichen abgeschlossen wurde, soll für Rat suchende Bürger die trägerübergreifende, anbieterneutrale und zugleich transparente sowie verbindliche Information gesichert werden.

Die Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen örtlichen Servicestellen umfasst insbesondere:

- Information über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über Verwaltungsabläufe;
- Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung der Mitwirkungspflichten;
- Klärung, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist;
- Hinwirkung auf klare und sachdienliche Anträge sowie Weiterleitung dieser Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger;
- Information des Rehabilitationsträgers über einen Rehabilitationsbedarf, der voraussichtlich ein Gutachten erfordert;
- umfassende Vorbereitung der Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, damit dieser unverzüglich entscheiden kann;
- unterstützende Begleitung der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers;
- Hinwirkung auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen bei den Rehabilitationsträgern;
- Koordinierung und Vermittlung zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung;

- Klärung des Hilfebedarfs nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX) unter Beteiligung der Integrationsämter;
- Beteiligung der Pflegekassen bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit.

Da behinderte Menschen in der Regel die besten Experten in eigener Sache sind, sollen die gemeinsamen Servicestellen die Verbände der behinderten Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretung behinderter Frauen mit Einverständnis der behinderten Menschen an der Beratung beteiligen.

Im Juli 2004 waren 578 gemeinsame Servicestellen eingerichtet, die wie folgt von den Rehabilitationsträgern getragen waren:

- Krankenkassen: 329 gemeinsame Servicestellen,
- Rentenversicherung: 222 gemeinsame Servicestellen,
- Unfallversicherung: sieben gemeinsame Servicestellen,
- Bundesagentur für Arbeit: vier gemeinsame Servicestellen,
- örtliche Sozialhilfeträger: elf gemeinsame Servicestellen,
- überörtliche Sozialhilfeträger: fünf gemeinsame Servicestellen.

Aus Sicht der Verbände behinderter Menschen besteht in den Flächenstaaten noch Einrichtungsbedarf, um die erforderliche Wohnortnähe tatsächlich zu gewährleisten. Ein Verzeichnis aller gemeinsamen Servicestellen kann im Internet beispielsweise unter www.vdr.de (Stichwort: „Rehabilitation“) abgerufen werden.

Die Rehabilitationsträger haben am 24. April 2001 auf der Ebene der BAR eine „Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation“ geschlossen. Der Rahmenempfehlung liegt das so genannte Kooperationsmodell zugrunde. Dazu richten die Rehabilitationsträger auf regionaler Ebene Servicestellen ein. Diese regionalen Servicestellen können grundsätzlich bei jedem Rehabilitationsträger angesiedelt sein. Sie werden mit den Fachberatungskräften der jeweils anderen Träger zu einem gemeinsamen Beratungsteam vernetzt. Um eine qualifizierte Beratung der Ratsuchenden sicherzustellen, fanden auf der Grundlage eines bei der BAR erarbeiteten Curriculums Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einiger gemeinsamer Servicestellen statt. Weitere Schulungen anhand von Praxisbeispielen sind geplant, um das Beratungsangebot ständig zu verbessern.

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung veranlasste wissenschaftliche Begleituntersuchung durch das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) ergab, dass die Inanspruchnahme der gemeinsamen Servicestellen recht unterschiedlich ausfiel. Einer kontinuierlichen Inanspruchnahme der Servicestellen stehen sehr unterschiedliche Öffnungszeiten entgegen. Einige haben tägliche, regelmäßige Öffnungszeiten,

andere nur einen Tag in der Woche, Dritte nur unregelmäßige Öffnungszeiten und wieder andere sind nur nach Terminvereinbarung zu erreichen. Im Schnitt hatten die befragten Servicestellen im Jahr 2003 98 Fälle zu bearbeiten; die Zahlen schwanken hierbei von gar keiner Inanspruchnahme der Servicestelle bis zu 4 700 Servicestellenfällen. Diese extremen Schwankungen sind auch darauf zurückzuführen, dass die Servicestellen „ihre Fälle“ nicht nach einheitlichen Grundsätzen erfasst haben. Die von der BAR vorgesehene Definition, wonach ein Servicestellenfall dann vorliegt, wenn ein Servicestellenteammitglied eingeschaltet wurde, ist von 35 Prozent der befragten Servicestellen angewendet worden. Gut 14 Prozent der befragten Servicestellen werteten einen Beratungsfall auch dann als Servicestellenfall, wenn der Träger der Servicestelle auch der zuständige Rehabilitationsträger für den Fall war. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Inanspruchnahme der Servicestellen in städtischen Gebieten geringer ausfällt als in anderen Gebieten.

Nach den Erfahrungen der Behindertenverbände seien die Servicestellen in ihrer praktischen Arbeit bei behinderten Menschen sowie bei Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsräten und Arbeitgebervertretern bisher kaum wahrgenommen worden. Nach Aussage der Rehabilitationsträger werde eine breite und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit betrieben. So entwickelte die BAR einen Flyer, den die Mitarbeiter der Servicestellen in fast allen Ländern verwenden. Weiteres Informationsmaterial werde über niedergelassene Ärzte und Behindertenverbände verteilt. Bei der Eröffnung von gemeinsamen Servicestellen würden regelmäßig Presseinformationen veröffentlicht. Gleichwohl hätten die potenziellen Nutzer der Servicestellen diese nicht oder noch zu wenig angenommen.

Die Verbände behinderter Menschen vertreten die Auffassung, dass in der Öffentlichkeit noch nicht ausreichend auf die Servicestellen hingewiesen werde. Aus Sicht der Verbände seien die gemeinsamen Servicestellen zu sehr von dem Rehabilitationsträger geprägt, der vor Ort für die Institution verantwortlich ist. Eine trägerübergreifende und ganzheitlich umfassende Beratung findet nach Auffassung der Verbände und Organisationen behinderter Menschen nach wie vor nicht oder nur selten statt. Dies führe dazu, dass die Servicestellen nur selten von den Bürgerinnen und Bürgern aufgesucht würden. Aus Sicht der Verbände seien vielen Servicestellenmitarbeitern die speziellen Regelungen des Sozialhilferechts nur schwer zugänglich. Hierzu fehle ihnen die notwendige Qualifikation.

Zum 1. Dezember 2004 wurde der Bericht der BAR nach § 24 Abs. 2 SGB IX über die gemeinsamen Servicestellen fertig gestellt. Im Bericht wurden Mitteilungen der Rehabilitationsträger über deren Erfahrungen zur Errichtung der Servicestellen, der Durchführung und Erfüllung ihrer Aufgaben, die Einhaltung des Datenschutzes und mögliche Verbesserungen aufbereitet. Hierbei wurden die obersten Landessozialbehörden beteiligt. Auf Landesebene wurden die Mitteilungen mit den Verbänden

behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen erörtert.

Auch im Rahmen dieses Berichts wurde eine geringe Inanspruchnahme der Servicestellen trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit festgestellt. Sofern eine Servicestelle bei Rehabilitationsfällen eingeschaltet wurde, konnte jedoch eine intensivere und bessere Kooperation im Allgemeinen und eine Verfahrensbeschleunigung im Besonderen festgestellt werden. Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Regelungen bereitete den Servicestellen bei ihrer Arbeit keine Probleme.

Zur Verbesserung der Arbeitsweise der Servicestellen nennen die Rehabilitationsträger in dem Bericht u. a. folgende Vorschläge:

- Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit,
- Entwicklung weiter gehender Schulungskonzepte mit höherer Praxisorientierung und Durchführung erneuter Schulungen,
- bundeseinheitliche Einführung und Pflege eines Leitfadens über Rehabilitationsleistungen und Verfahrensabläufe,
- Intensivierung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger,
- stärkere Unterstützung der Möglichkeiten des Erfahrungsaustauschs der Teammitglieder sowie
- Stärkung der Entscheidungskompetenz und Verantwortlichkeit der Servicestellen.

Ein wesentliches Element der auf der Ebene der BAR geschlossenen Rahmenempfehlung für die Einrichtung gemeinsamer Servicestellen ist der barrierefreie Zugang. Wo dieser noch nicht gewährleistet ist, sollte durch (Umbau-)Maßnahmen Barrierefreiheit sichergestellt werden. Das betrifft auch die barrierefreie Kommunikation. Laut Bericht des ISG sind 60 Prozent der befragten Servicestellen in der Lage oder planen zukünftig, binnen drei Tagen einen Gebärdendolmetscher zu einem Beratungsgespräch hinzuziehen zu können. Soweit Betroffene selbst einen Gebärdendolmetscher organisieren, werden die Kosten hierfür von den Rehabilitationsträgern übernommen. Verstärkte Anstrengungen müssen unternommen werden, um eine umfassende Barrierefreiheit im Sinne des BGG zu gewährleisten. Im Rahmen der barrierefreien Gestaltung sind die Interessen aller Gruppen von Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen, beispielsweise bei Bedarf durch die Hinzuziehung von Schriftdolmetschern, den Einsatz von speziellen Höranlagen oder auch Unterlagen und Informationen in leichter Sprache. Der Behindertenverband Leipzig, die Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Sachsen e.V. in Dresden und der VdK Sachsen in Chemnitz haben gemeinsam eine CD-ROM mit einer Checkliste zur Überprüfung der Barrierefreiheit entwickelt. Mithilfe dieser CD-ROM ist es möglich, zu einer neutralen und objektiven Bewertung der Istsituation im Rahmen der Evaluation der Servicestellen zu gelangen.

Die Rehabilitationsträger können derzeit noch keine Aussagen über Einsparungen durch das koordinierte Zusammenwirken im Rahmen der gemeinsamen Servicestellen treffen. Durch die engere Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger dürften notwendige Leistungen, insbesondere im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, früher als bisher einsetzen. Weiterhin können Zuständigkeitsklärungen durch die Benennung von Ansprechpartnern bei allen Rehabilitationsträgern kurzfristiger erfolgen. Als Zielrichtung der Arbeit wird von den Rehabilitationsträgern auch weiterhin gesehen, chronisch kranke Versicherte möglichst frühzeitig im Behandlungsprozess zu erreichen und ihnen schnell und unbürokratisch die erforderliche Behandlung zukommen zu lassen.

Auch die Länder können hinsichtlich der Kosteneinsparung noch keine Aussagen treffen.

Voraussetzung für den Erfolg der gemeinsamen Servicestellen ist, dass die Chancen sowohl von den behinderten Menschen als auch von den Rehabilitationsträgern erkannt und wahrgenommen werden. Hier bedarf es noch erheblicher Anstrengungen aller Beteiligten. Schnittstellenprobleme können aber nur gelöst werden, wenn in den Servicestellen eine fallbezogene Beratung und Unterstützung, eine gemeinsame Bedarfsermittlung sowie Zielformulierung und Hilfeplanung erfolgen und das gesamte Verfahren von der Servicestelle gesteuert wird. Der große Bedarf nach einer Umsetzung des SGB IX, die eine solche Praxis fallbezogenes Handeln in der und durch die Servicestelle zur Regel macht, trat auch in dem Werkstattgespräch zum Thema „Case Management“ der Koalitionsarbeitsgruppe Menschen mit Behinderungen im Juni 2004 deutlich hervor.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass ein Mehr an Entscheidungsbefugnis und Verantwortung auch ein Mehr an Qualität und ein Mehr an Beachtung der Rehabilitationsträger für die Servicestellen bringt. Dies gilt auch in den Fällen, in denen Arbeitgeber Kontakt mit der örtlichen Servicestelle aufnehmen, um im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX gemeinsam die Möglichkeiten zu klären, die erforderlich sind, um Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Die Bundesregierung wird daher prüfen, den Servicestellen mehr Verantwortung und bestimmte Entscheidungsbefugnisse zu übertragen.

1.15 Einheitliche Leistungserbringung

Nach § 13 SGB IX vereinbaren die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 SGB IX zur Ergänzung der gesetzlichen Regelungen gemeinsame Empfehlungen über die für eine reibungslose und koordinierte Zusammenarbeit wichtigen Fragen. Damit wird eines der Hauptanliegen des SGB IX verfolgt, nämlich die Koordinierung der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger durch wirksame Instrumente sicherzustellen, wobei Selbstverwaltungslösungen Vorrang haben sollen.

Die gemeinsamen Empfehlungen haben weder die Aufgabe noch die Möglichkeit, Voraussetzungen und Inhalte

von Leistungen neu zu bestimmen; vielmehr sollen sie im Rahmen des geltenden Rechts eine einheitliche und – bei Leistungen verschiedener Rehabilitationsträger – eine koordinierte Leistungserbringung bewirken. Dies soll dazu beitragen, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen „wie aus einer Hand“ erscheinen, auch wenn sie von rechtlich selbstständigen Rehabilitationsträgern eigenverantwortlich erbracht werden.

Bisher liegen die folgenden gemeinsamen Empfehlungen vor:

- die gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1 SGB IX (in Kraft seit 1. Juli 2003),
- die gemeinsame Empfehlung über die Ausgestaltung des in § 14 SGB bestimmten Verfahrens („Zuständigkeitsklärung“, in Kraft seit dem 1. Mai 2003; aktualisiert am 22. März 2004),
- die gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i. V. m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (in Kraft seit 1. April 2004),
- die gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX (in Kraft seit 1. April 2004),
- die gemeinsame Empfehlung für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen nach § 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX (in Kraft seit 1. Juli 2004),
- die gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe (in Kraft seit 1. Juli 2004).

Gemeinsame Empfehlungen zu den Themen

- Prävention,
- Teilhabeplan,
- Frühzeitige Bedarfserkennung und
- Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste durch die Rehabilitationsträger

befinden sich vor der Verabschiedung.

Die Erarbeitung der Empfehlungen auf der Ebene der BAR als organisatorischer Plattform verlief zunächst recht zögerlich. Im Fall der „Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ musste das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Probleme durch eine Rechtsverordnung lösen, weil sich die beteiligten Rehabilitationsträger nicht auf eine gemeinsame Empfehlung der Selbstverwaltung verständigen konnten. Die bisher vereinbarten sechs Empfehlungen erreichten nicht den Grad der Konkretisierung, der notwendig dafür wäre, dass sie der Praxis wesentliche Hilfestellung bieten könnten.

Unklarheit und Streit über die Beteiligung der in § 13 Abs. 5 SGB IX genannten Träger sowie über die Beteiligungsrechte der Verbände, Selbsthilfegruppen und Interessenvertretungen behinderter Frauen sind einige

Gründe der Verzögerungen bei der Erarbeitung der gemeinsamen Empfehlungen. Auf Intervention des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung erfolgt die in § 13 Abs. 6 SGB IX vorgesehene Beteiligung der Verbände der behinderten Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen nunmehr zum einen durch die Möglichkeit, an den Beratungen der Fachgruppen der BAR teilzunehmen und gemeinsam jeweils eine Vertreterin oder einen Vertreter mit beratender Stimme in den BAR-Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ zu entsenden. Zum anderen wird ein schriftliches Beteiligungsverfahren durchgeführt, das den genannten Verbänden Gelegenheit zur Stellungnahme zu einzelnen Regelungen der Entwürfe der gemeinsamen Empfehlungen gibt.

Die Träger der Sozial- und Jugendhilfe beteiligen sich häufig an der Entwicklung gemeinsamer Empfehlungen. Sie sind aber bisher keiner Empfehlung beigetreten und haben die Anwendung der erarbeiteten Empfehlungen auch nicht ihren Mitgliedern empfohlen.

Trotz der gesetzlichen Verpflichtung der Rehabilitationsträger zur Zusammenarbeit und zum gemeinsamen Handeln hat sich gezeigt, dass die Träger nur sehr selten bereit sind, Abgrenzungsfragen einvernehmlich zu klären. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung musste mehrfach von seinen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten Gebrauch machen, damit Streitigkeiten der Rehabilitationsträger nicht zulasten der behinderten Menschen gehen. Besonders in diesem Bereich, wo es darum geht, dass Leistungen gemeinsam mit dem Berechtigten geklärt werden und gegenüber dem Berechtigten „Wie aus einer Hand“ erbracht erscheinen, wird sich zeigen, ob die Rehabilitationsträger bereit und in der Lage sind, sich auf vernünftige Selbstverwaltungslösungen zu verständigen.

Allerdings sind nicht allein die Leistungsträger in diesem Bereich zum Handeln aufgefordert. Die Abgrenzungsschwierigkeiten entstehen nicht in erster Linie bei der Gesetzesanwendung in der Praxis, sondern liegen in den maßgeblichen Normen selber begründet. So leistet die Kinder- und Jugendhilfe nur für seelisch behinderte und von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche Leistungen der Eingliederungshilfe.

Anlass für diese Regelung waren die gravierenden Abgrenzungsprobleme bei Leistungen für Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten. Ursache waren hier zum einen Erziehungsdefizite, zum anderen aber auch seelische Behinderungen oder Teilleistungsstörungen, die ohne Behandlung zu seelischen Behinderungen führen können. Je nachdem hatten entweder die Eltern dieser Kinder oder Jugendlichen einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung oder die Kinder oder Jugendlichen selber einen Anspruch auf Eingliederungshilfe. Mit der Verlagerung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für seelische Behinde-

rungen auf die Kinder- und Jugendhilfe ist diese Abgrenzungsschwierigkeit zwar eliminiert, andererseits sind die Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nicht bei einem Leistungsträger konzentriert.

Dies wäre sicherlich im Interesse der Betroffenen wünschenswert. Der Bedarf von behinderten Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich insofern spezifisch von dem erwachsener Menschen, als sie immer auch einen Bedarf an Erziehung haben und Behinderung und Persönlichkeitsentwicklung sich wechselseitig beeinflussen. Eine umfassende Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe für alle Kinder und Jugendlichen, ob behindert oder nicht, wird darüber hinaus auch dem Integrationsgedanken besser gerecht. Bei dieser Lösung könnte für die Abgrenzung zur Eingliederungshilfe nach dem SGB XII eine klare Schnittstelle nach dem Lebensalter des jungen Menschen die derzeitigen Abgrenzungsprobleme vermeiden.

Die Problematik wird von der Bundesregierung weiter verfolgt und eine interessengerechte Lösung angestrebt.

1.16 Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen; Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Entsprechend dem Grundsatz des „Mainstreaming“ obliegen Maßnahmen zugunsten von Menschen mit Behinderungen 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 Gesundheit und Soziale Sicherung die Koordinierung übernommen. Es wird hierbei von dem Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen beraten und unterstützt und beteiligt bei Bedarf andere Bundesministerien. Der Beirat besteht aus 48 Mitgliedern, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung berufen werden. Die Berufung erfolgt auf Vorschlag von Institutionen der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber, der Behindertenverbände, der Länder, der kommunalen Spitzenverbände, der Integrationsämter, der Bundesagentur für Arbeit, der Krankenkassen, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der überörtlichen Sozialhilfeträger, der Freien Wohlfahrtspflege, der BAG Unterstützte Beschäftigung, der Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, der Werkstätten für behinderte Menschen und der Integrationsfirmen, der Interessenverbände der Rehabilitationseinrichtungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer; er tagt je nach Bedarf mehrmals jährlich.

Koordinierungsaufgaben haben auch die auf Bundesebene und in vielen Ländern bestellten Behindertenbeauftragten. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen ist der zentrale Ansprechpartner für behinderte Menschen und deren Familien, Angehörige sowie die Behindertenverbände und -organisationen. Das Amt des Beauftragten sowie seine Aufgabe und Befugnisse sind in dem zum 1. Mai 2002 in Kraft getrete-

nen BGG verankert worden. Aufgabe des Behindertenbeauftragten ist es danach, darauf hinzuwirken, dass die Verantwortung des Bundes, für gleichwertige Lebensbedingungen für Menschen mit und ohne Behinderung zu sorgen, in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens erfüllt wird. Hierbei gilt es auch, unterschiedliche Lebensbedingungen von behinderten Frauen und Männern zu berücksichtigen und geschlechtsspezifische Benachteiligungen zu beseitigen. Die Bundesministerien haben den Behindertenbeauftragten bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben zu beteiligen, soweit sie Fragen der Integration von behinderten Menschen betreffen. Alle Bundesbehörden und sonstige öffentliche Stellen im Bereich des Bundes sind verpflichtet, den Behindertenbeauftragten zu unterstützen. Der Beauftragte wirkt somit als Mittler zwischen den behinderten Menschen 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 Menschen in die verschiedenen Politik- und Aufgabenbereiche hineinzutragen. Daneben wirkt er dabei mit, die Behindertenpolitik der Bundesregierung transparent zu machen sowie die Akzeptanz für diese Politik bei den Betroffenen wie bei Nichtbehinderten zu erhöhen. Aufgabe und Anliegen des Beauftragten ist es nicht zuletzt, die Probleme behinderter Menschen 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 BAR finden regelmäßig Gespräche zwischen dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen und den – inzwischen in 15 Bundesländern tätigen – Landesbeauftragten für behinderte Menschen statt, bei denen es in erster Linie um die Zusammenarbeit in der gemeinsamen Aufgabenstellung – der Weiterentwicklung der Leistungen zur Teilhabe sowie der gesellschaftlichen Integration behinderter Menschen – geht.

2. Vorsorge, Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung

2.1 Grundlagen verbessert

Medizinische Vorsorge spielt eine große Rolle für alle Altersgruppen und Lebensbereiche. Wichtige Felder hierbei sind Arbeitsschutz und Unfallverhütung sowie Umweltschutz und Gesundheitsvorsorge.

Rehabilitationsträger sollen deshalb darauf hinwirken, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit möglichst vermieden wird. Dabei helfen ein umfassendes Informationsnetz und eine enge Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten, Werks- und Betriebsärzten, Rehabilitationsträgern und anderen. Die erforderlichen Maßnahmen müssen zielgerichtet, unverzüglich, ohne Zugangshemmnisse und mit Beteiligung der betroffenen Menschen erbracht werden.

Die Verpflichtung der Rehabilitationsträger, Vorsorgeleistungen anzubieten, ist u. a. im SGB IX beispielsweise in folgenden Regelungen festgelegt worden:

- im Rahmen der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, wonach diese verantwortlich sind, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel geleistet wird (§ 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX);
- im Rahmen der von den Rehabilitationsträgern zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlung, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere um eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern (§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX);
- im Rahmen der von den Rehabilitationsträgern zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlungen, in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben, gefördert werden (§ 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX);
- bei der Förderung der Selbsthilfegruppen nach einheitlichen Grundsätzen nach § 29 SGB IX;
- im Rahmen der betrieblichen Prävention, wonach Rehabilitationsträger, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus gefördert werden können (§ 84 SGB IX).

Daneben unterstützt die Bundesregierung die Weiterentwicklung der interdisziplinären, anwendungsorientierten Präventionsforschung. Am 21. Dezember 2003 wurde eine Richtlinie zur Förderung der Präventionsforschung bekannt gegeben und zu fördernde Projekte ausgewählt. Es werden Studien zur Beurteilung der Effektivität und Effizienz von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt sowie Hinweise und Ansatzpunkte für eine effektive und effiziente Präventionspraxis unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten erarbeitet.

2.2 Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen

Vorsorgeuntersuchungen sind eine effektive Möglichkeit, kindliche Entwicklungsauffälligkeiten frühzeitig zu erkennen. 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. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“). Diese Richtlinien sind Bestandteil der Bundesmantelverträge und haben verbindlichen Charakter für die vertragsärztliche Versorgung.

Im Rahmen dieser Vorsorge werden 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. Im Zusammenhang mit diesen Vorsorgeuntersuchungen werden auch zahlreiche Impfungen durchgeführt, z. B. gegen Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis B oder Hämophilus.

Die Krankenkassen sind seit Jahren bemüht, die Inanspruchnahme der Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen durch gezielte Aufklärung zu verbessern. Leider steigt die Zahl der Eltern, deren Kinder Vorsorgeuntersuchungen nicht (vollständig) wahrnehmen. Somit werden immer mehr Auffälligkeiten zu spät – erst bei der Schulinganguntersuchung – erkannt. Daher müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um die Bereitschaft der Eltern zur Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen zu verbessern. Dazu erfolgen Aufklärungsmaßnahmen u. a. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bis zum Jahre 2006 wird der nationale Gesundheitssurvey für Kinder und Jugendliche durchgeführt, der ein umfassendes Bild des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zeichnen wird. Er wird darüber hinaus Standards für künftige Erhebungen im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit entwickeln und zur Verfügung stellen. Durch die Verwendung einheitlicher bzw. kompatibler Erhebungsstandards und einer kontinuierlichen Erhebungspraxis, die auch die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen einbeziehen könnte, würde eine dynamisch fortschreibende Datenbasis geschaffen. Hierdurch wird eine maßgebliche Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen im Bereich der Prävention gebildet.

2.3 Schulanfängeruntersuchungen erfassen Auffälligkeiten

Die ärztlichen Untersuchungen in den Schulen unterliegen nicht der Zuständigkeit des Bundes, sondern sie werden auf Basis der jeweiligen Gesundheitsdienstgesetze und der Schulgesetze der Länder durchgeführt. Die Durchführung selbst obliegt dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Dieser ist Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Kreisen und kreisfreien Städten (untere Gesundheitsbehörde oder Gesundheitsamt). In allen Ländern finden Einschulungsuntersuchungen bei allen schulpflichtig gewordenen Kindern statt. Vor Beginn der Schulpflicht bietet der öffentliche Gesundheitsdienst allen Kindergartenkindern präventive (zahn-)ärztliche Untersuchungen einschließlich zahnmedizinischer Gruppenprophylaxe an. Weitere Untersuchungen während der Schulzeit sind die Viertklässler-, Achtklässler und Schulentlassungsuntersuchungen sowie Untersuchungen in Schwerpunktschulen (z. B. Berufsschulen, Hauptschulen, Sonderschulen), die jedoch nicht bundeseinheitlich und auch nicht generell flächendeckend angeboten werden. Zusätzlich zu den ärztlichen Untersuchungen finden

in der Mehrzahl der Länder bei den Schülern ebenfalls in einzelnen Jahrgangsstufen präventive zahnärztliche Untersuchungen statt.

Ziele der Schulanfängeruntersuchungen sind die individuelle Feststellung des Entwicklungsstandes, die Erfassung von Auffälligkeiten, die die Schullaufbahn beeinträchtigen können, die Überprüfung der Vollständigkeit der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen, die Beratung der Schüler, der Eltern und der Schule bei vorhandenen Defiziten und die Einleitung von individuellen Fördermaßnahmen als auch die Zuführung der Schüler bei festgestellten krankheitsrelevanten Auffälligkeiten zum kurativen Versorgungssystem. Bei der Erstaufnahme in die erste Klasse einer allgemein bildenden Schule ist auch der Impfstatus zu erheben; die Daten hierüber werden zentral durch das Robert-Koch-Institut standardisiert erfasst und epidemiologisch ausgewertet. Neben der individuellen (Schüler) und der Systemberatung (Schule) werden die gewonnenen Daten in kommunalen und Landesgesundheitsberichten epidemiologisch aufgearbeitet; sie bieten häufig die Grundlage der (kommunalen) Gesundheitsberichterstattung. Auch bieten sie die Basis für individuelle sozialkompensatorische Angebote und Maßnahmen bei gesundheitlich benachteiligten Kindern durch aufsuchende Hilfe. Sie sind Bedingung für die gesundheitspolitisch geplanten gruppen- und lebensraumbezogenen Präventionsmaßnahmen (Setting-Ansatz).

Die Untersuchungen beinhalten eine orientierende körperliche Untersuchung, ein Screening auf Seh- und Hörstörungen, die Überprüfung der grob- und feinmotorischen Fertigkeiten und der Sprache sowie weitere Screeningverfahren zur Wahrnehmungsentwicklung (perzeptive Fähigkeiten). So können Behinderungen des Hörens und Sehens frühzeitig erkannt und Hilfen eingeleitet werden. Die weiteren Schuluntersuchungen dienen der Früherkennung von Störungen und Erkrankungen, deren Auftreten in den entsprechenden Altersgruppen besonders häufig ist (z. B. Sehstörungen, Haltungsschäden, Übergewicht, Verhaltensstörungen, Karies) sowie der Einleitung von Präventionsmaßnahmen.

Die Untersuchungen erfolgen in der Regel durch ein Jugendgesundheitsteam, das aus einer Ärztin/einem Arzt (in der Regel handelt es sich um Ärzte, die die Weiterbildung in Pädiatrie abgeschlossen haben) und ein bis zwei Assistentenkräften (Kinderkrankenschwestern, Sozialmedizinische Assistentinnen, Arzthelferinnen) besteht. Sie werden mit standardisierten Erhebungs- und Untersuchungsverfahren durchgeführt. Es gibt in den einzelnen Ländern unterschiedliche Erhebungsinstrumente, die Auswertung und Publikation der erhobenen Befunde erfolgt länder- bzw. verfahrensspezifisch.

Fortbildungsmaßnahmen für die Mitglieder der Jugendgesundheitsteams werden auf freiwilliger Basis durch die Landesgesundheitsämter oder spezielle Fortbildungseinrichtungen wie z. B. die Akademien für öffentliches Gesundheitswesen angeboten.

2.4 Kinderärzte führen Erstberatung durch

Bei gesundheitlichen Auffälligkeiten ermöglicht das System der Vorsorge, der Früherkennung, der Frühförderung 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 so genannte 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 Koordinierung der Hilfen;
- Begleitung bei der Integration behinderter Kinder in allgemeine Kindertagesstätten sowie
- Öffentlichkeitsarbeit.

Medizinische Erstberatung und -behandlung erfolgt in der Regel durch niedergelassene Kinderärzte. Unterstützende Arbeit leisten besonders qualifizierte Fachkräfte der Gesundheitsämter und die Landesärzte für behinderte Menschen. Vielfach erfordern Früherkennung, Frühbehandlung und Frühförderung wohnortnahe integrative medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Dienste, also ein interdisziplinäres Angebot. In diesem Bereich haben sich in den Bundesländern sowohl etwa 1 000 Frühförderstellen als auch die über 120 sozialpädiatrischen Zentren als unverzichtbare Bestandteile des Versorgungssystems bewährt.

2.5 Angebote der Frühförderung

Bei den Angeboten der Frühförderung haben sich in den vergangenen Jahrzehnten die unterschiedlichsten Organisationsformen entwickelt:

- mobil und ambulant arbeitende allgemeine Frühförderstellen, die vorrangig mit heilpädagogischen Mitteln die Entwicklung der Kinder bis zum Schuleintritt fördern;
- mobil und ambulant arbeitende Frühförderstellen an Kindergärten, Tagesstätten oder Schulen (vor allem in den neuen Bundesländern);

- (überregionale) spezielle 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 (Sonder-)Kindergärten, „CP“-Kindergärten; Frühförderung nur für Kinder mit Spinabifida/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 Gesundheit und Soziale Sicherung im Juni 2003 in der fünften Auflage herausgegebene Wegweiser „Frühförderung – Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland“ zeigt, dass die überwiegende Zahl dieser Einrichtungen von so genannten freien Trägern unterhalten wird.

Große Unterschiede gibt es nach wie vor zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Während in den alten Ländern die selbstständigen Frühförderstellen mit Schwerpunkt der aufsuchenden Arbeit die Regel sind, sind die Angebote früher Hilfen in den neuen Ländern sehr stark an Tageseinrichtungen für Kinder bis sechs Jahren angebunden.

2.6 Interdisziplinäres Vorgehen

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

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

Während wohnortnahe 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 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.

Mit dem SGB IX wurde erstmals eine gesetzliche Grundlage für die interdisziplinäre Früherkennung und Frühförderung geschaffen. Die in einem engen Funktionszusammenhang stehenden medizinischen/medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Leistungen sind von den Leistungsträgern zuständigkeitsübergreifend als Komplexleistung zu erbringen. Die Komplexleistung „Frühförderung“ wird gegenüber den Eltern und Familien nur durch einen Rehabilitationsträger erbracht. Damit wird den Eltern behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder die mühsame und häufig nervenaufreibende Arbeit des Zusammensuchens von Leistungen bei den Rehabilitationsträgern und bei den verschiedenen Leistungsanbietern abgenommen.

Die nach dem SGB IX bestehende Verpflichtung, das Nähere zur Abgrenzung der Leistungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung in gemeinsamen Empfehlungen zu vereinbaren, hatten die Sozialhilfeträger und die gesetzlichen Krankenkassen nicht erfüllt. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat daraufhin die „Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“ (Frühförderungsverordnung) erlassen, die seit dem 1. Juli 2003 in Kraft ist.

Die Frühförderungsverordnung nimmt eine trägerbezogene Zuordnung der Leistungen vor, die durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren zur Früherkennung und Frühförderung noch nicht eingeschulter Kinder ausgeführt werden. Regelmäßig sind die Krankenkassen für alle medizinischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen sowie für heilpädagogische Leistungen im Rahmen der Früherkennung bis zur Aufstellung eines Förder- und/oder Behandlungsplans zuständig. Heilpädagogische Leistungen zur Förderung und Behandlung werden grundsätzlich von den Sozialhilfeträgern oder den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe erbracht.

Trotz der eindeutigen bundesrechtlichen Vorgaben und der damit zusammenhängenden Leistungsansprüche der Familien hat sich die Komplexleistung „Frühförderung“ in der Praxis noch nicht durchgesetzt. Die Frühförderungsverordnung sieht deshalb die Konkretisierung der Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren durch Landesrahmenempfehlungen vor. Derartige Empfehlungen würden den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen voraussichtlich vereinfachen. In fast allen Ländern werden derzeit derartige Empfehlungen verhandelt. Die beteiligten Leistungsträger warten den Abschluss der Empfehlungen ab, bevor sie mit den Einrichtungen die vorgeschriebenen dreiseitigen Vergütungsvereinbarungen (interdisziplinäre Frühförderstelle – Krankenkasse – Sozial-/Jugendhilfeträger) schließen. Das Instrument der dreiseitigen Verträge zwingt alle Beteiligten an einen Tisch; dies gewährleistet

am ehesten, dass es zu einer möglichst umfassenden Vergütung der Leistungen kommt.

Zudem ist zu beobachten, dass interdisziplinäre Frühförderstellen, die im Einzelfall die erforderlichen medizinischen und pädagogischen Leistungen als Komplexleistung ausführen, noch in der Minderheit sind. So arbeiten etwa in Niedersachsen und in Schleswig-Holstein fast alle Frühförderstellen ausschließlich heilpädagogisch. In Rheinland-Pfalz liegt der Schwerpunkt auf den sozialpädiatrischen Zentren. Die Weiterentwicklung der heilpädagogischen Frühförderstellen zu interdisziplinären Frühförderstellen ist jedoch erste Voraussetzung für den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach der Frühförderungsverordnung. Inwieweit die bisher allein heilpädagogisch arbeitenden Frühförderstellen dazu bereit sind, sich interdisziplinär auszurichten, hängt ganz wesentlich von der Umsetzung der Landesrahmenempfehlungen ab, in denen Einzelheiten über die Anforderungen an die Leistungserbringung, über Standards oder über Maßnahmen der Qualitätssicherung vereinbart werden können. Wichtige Anhaltspunkte hierfür gibt der von der BAR erarbeitete Diskussionsentwurf für eine gemeinsame Empfehlung „Früherkennung/Frühförderung“.

Während für geistig und zum Teil auch für körperlich behinderte Kinder das Betreuungsangebot als ausreichend einzuschätzen ist, bestehen weiterhin Schwierigkeiten bei der Frühförderung und der anschließenden Betreuung von seelisch behinderten Kindern. Dies ist einerseits auf Definitionsschwierigkeiten des Begriffs „seelische Behinderung“ zurückzuführen, andererseits offenbar auf fehlende Dienste und Einrichtungen zur Betreuung seelisch behinderter Kinder. Des Weiteren bereitet die Abgrenzung zwischen Jugend- und Sozialhilfe in der Praxis erhebliche Vollzugsprobleme. Die Beobachtung der Praxis zeigt, dass der Personenkreis der Kinder mit seelischen Beeinträchtigungen seit Erstellung des Vierten Behindertenberichts der Bundesregierung 1997 stärker in Frühförderstellen vertreten ist, insbesondere dort, wo Frühförderstellen interdisziplinär arbeiten. Diese Beobachtung gilt unabhängig davon, ob im jeweiligen Bundesland die Betreuung dieser Kinder (im vorschulischen Alter) dem SGB VIII oder der Sozialhilfe als Leistungsträger zugerechnet wird. Ob das verstärkte Vorhandensein von Kindern mit seelischen Behinderungen in Frühförderstellen auf einen Zuwachs dieses Personenkreises hindeutet oder ob es keine alternativen adäquaten Hilfen für diese Kinder gibt, kann derzeit nicht eingeschätzt werden.

Hörschädigungen von Kindern wurden bislang zu spät erkannt, weil einfach zu handhabende Screeningmethoden noch nicht zur Verfügung standen. Um eine reguläre Entwicklung zu sichern, kommt es darauf an, angeborene Hörstörungen bei Säuglingen in den ersten Lebensmonaten zu erkennen, damit diese Säuglinge frühzeitig mit Hörgeräten versorgt und mit gezielter Therapie an die Sprachentwicklung normal hörender Säuglinge herangeführt werden, die mit dem sechsten bis achten Lebensmonat einsetzt. In Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurde in einer Modellregion unter Einsatz otoakustischer Emissionen die Früherken-

nung von angeborenen Hörstörungen erprobt und evaluiert. Die Möglichkeit eines flächendeckenden Einsatzes wird derzeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss geprüft.

2.7 Prävention gestärkt

Behinderungen sind ganz überwiegend auf chronische Krankheiten sowie auf Unfälle, Berufskrankheiten und Beschädigungen zurückzuführen. 46,5 Prozent aller schwerbehinderten Menschen sind dem Erwerbsalter, d. h. der Altersgruppe von 15 bis unter 65 Jahre zuzuordnen. Ab dem 45. Lebensjahr steigen die Anteile schwerbehinderter Menschen an den jeweiligen Altersgruppen der Bevölkerung an.

Daher müssen langfristige Konzepte zur Vermeidung von Behinderungen auch einen Schwerpunkt auf die primäre gesundheitliche Prävention – verstanden als die Vermeidung von Ersterkrankungen – beinhalten: Wenn die Entstehung von Krankheiten verhindert wird, können auch Behinderungen vermieden werden.

Bislang wurde die primäre gesundheitliche Prävention im Rahmen der Sozialversicherung fast ausschließlich von der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt; daneben hat die Unfallversicherung neben der Unfallverhütung auch einen Auftrag zur Verhinderung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Gesetzliche Grundlage für die Krankenversicherungsträger ist der § 20 SGB V. 1997 wurden mit dem Beitragsentlastungsgesetz die eigenständige Erbringung von Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung auf Vorschlag der damaligen Bundesregierung gestrichen. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde den Krankenkassen auf Vorschlag der seinerzeitigen Bundesregierung primäre Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung erneut übertragen mit der Maßgabe, zu diesem Zweck jährlich einen definierten Betrag pro Versicherten auszugeben. Seitdem haben die Krankenkassen entsprechende Strukturen aufgebaut und bieten ihren Versicherten insbesondere individuelle Leistungen in Form von Kursen und Betrieben Unterstützung bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung an. Allerdings werden auch nach drei Jahren die Sollgrößen nur zu etwa 60 Prozent ausgeschöpft.

Die Bundesregierung hat es sich zum Ziel gesetzt, Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland grundlegend zu stärken und zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege auszubauen. Dies ist auch in der Koalitionsvereinbarung vom 16. Oktober 2002 dokumentiert. Ein wichtiger Beitrag, um dieses Ziel zu erreichen, ist das im Jahr 2002 ins Leben gerufene Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung, in dem sich über 70 Spitzenverbände und Organisationen des deutschen Gesundheitswesens und anderer gesellschaftlicher Bereiche verpflichtet haben, ihren Beitrag zu einer Stärkung der Prävention zu leisten. Das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung versteht sich als gemeinsame Plattform, auf der übergreifende Ziele, Inhalte, Maßnahmen und Instrumente der Prävention und

Gesundheitsförderung vereinbart, umgesetzt und kommuniziert werden. Inhaltlich befasst sich das Forum zunächst mit den Zielgruppen Kinder und Jugendliche, Erwerbstätige und ältere Menschen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat den Entwurf eines Präventionsgesetzes erarbeitet. Ziel ist es, die Prävention zu stärken und zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitswesens auszubauen. Mit dem Gesetz erhält die primäre Prävention eine klare Orientierung und die Qualität der Leistungen wird systematisch gesichert. Darüber hinaus werden die Kooperation und Koordinierung der Akteure verbessert. Durch die Einbeziehung der gesetzlichen Kranken-, Renten-, Unfall- sowie Pflegeversicherung in die Erbringung präventiver Leistungen wird die Finanzverantwortung neu geordnet. Die Leistungen werden auf drei Handlungsebenen verteilt. Auf Ebene der Länder soll besonders der bislang wenig ausgebaute Bereich der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gestärkt werden. Diese wird als gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungszweige ausgestaltet. Die einzelnen Sozialversicherungsträger werden individuelle Leistungen zur Verhaltensänderung ihren Versicherten anbieten. Eine Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung wird auf Bundesebene u. a. Kampagnen zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins durchführen.

Die betriebliche Prävention ist von zentraler Bedeutung. Sie sichert Arbeitsplätze und leistet einen wesentlichen Beitrag zu einer intensiven und langen Erwerbsbeteiligung. Durch Arbeitsunfähigkeit entstehen erhebliche volkswirtschaftliche Kosten, die durch umfassende betriebliche Prävention gesenkt werden können. Eine Hochrechnung der Ausfälle infolge von Arbeitsunfähigkeit (Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ 2002) ergibt bei rund 491 Millionen Ausfalltagen einen Produktionsausfall von 44,15 Mrd. Euro und einen Ausfall an Bruttowertschöpfung von 69,53 Mrd. Euro.

Die betriebliche Prävention wurde mit der Einführung eines verpflichtenden betrieblichen Eingliederungsmanagements durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen weiter ausgebaut. Durch eine gezielte frühzeitige Intervention am Arbeitsplatz soll „Rehabilitation und Eingliederung statt Entlassung“ erreicht werden.

Um frühzeitig die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten, hat der Arbeitgeber seit 1. Mai 2004 bei Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, mit der zuständigen Interessenvertretung und mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten zu klären, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden sowie mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Soweit erforderlich, wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen; bei schwerbehinderten Mitarbeitern ist außerdem die Schwerbehindertenvertretung zu beteiligen. Kommen Teilhabeleistungen oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, sind die gemeinsamen Servicestellen und bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt einzuschalten (§ 84 Abs. 2 SGB IX).

Bestehen keine Interessenvertretungen, ist der Arbeitgeber allein verantwortlich. Die Vorschrift verpflichtet Arbeitgeber nur zu einem Verhalten, ggf. zu einem Verfahren, nicht zu zusätzlichen Leistungen. Einige Kammern haben damit begonnen, ihren Mitgliedern Unterstützung bei der Einführung betrieblichen Eingliederungsmanagements anzubieten.

Als ein neues Instrument zur Förderung der Prävention im Betrieb soll auch die mit dem SGB IX geschaffene Integrationsvereinbarung genutzt werden (§ 83 SGB IX). Im Rahmen dieser Vereinbarung können auch Regelungen zur Durchführung der betrieblichen Prävention und zur Gesundheitsförderung getroffen werden.

Damit sollen alle Hilfen bereitgestellt werden, um eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, eine Verschlimmerung zu vermeiden und den Arbeitsplatz zu sichern. Betriebliche Erfahrungen zeigen, dass durch eine Analyse der Qualifikation des Betroffenen und der Erörterung von Lösungsmöglichkeiten mit dem Betrieb so in vielen Fällen, beispielsweise durch Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, das Beschäftigungsverhältnis erhalten werden kann. Dies schließt auch die Möglichkeit einer innerbetrieblichen Weiterbildung und Einarbeitung mit ein. Ein gutes Beispiel für eine gelungene betriebliche Prävention bietet die Ford AG in Köln, die neue Produktionslinien in Kenntnis und unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen älterer Arbeitnehmer gestaltet hat. Mithilfe eines Schlüsselsystems wurde das vorhandene Leistungsvermögen von ca. 500 Mitarbeitern mit ernsthaften medizinischen Problemen ermittelt und festgestellt, welche Arbeitsplätze im Unternehmen für die jeweiligen Beeinträchtigungen geeignet waren. Gleichzeitig wurden ergonomische Verbesserungen im Produktionsbereich vorgenommen. Im Ergebnis konnte durch diesen Abgleich von vorhandenen Fähigkeiten und Anforderungen verschiedener Arbeitsplätze mit dem Ziel der Aktivierung noch vorhandener Fähigkeitsleistungspotenziale fast 94 Prozent der gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiter wieder beschäftigt werden, davon über die Hälfte wieder in der Produktion. Aufgrund dieses Erfolges wird ein solches Eingliederungsmanagement auf weitere Standorte, wie Saarbrücken und in Großbritannien, ausgedehnt. Für die Zukunft ist bei der Ford AG ein umfassendes Disability- und Eingliederungsmanagement einschließlich des Ausbaus eines gesundheitlichen Frühwarnsystems und eines präventiven Eingliederungsmanagements unter Einbeziehung der Rehabilitationsträger und sonstiger Stellen mit Rehabilitations- und Präventionskompetenz geplant. Vergleichbare Strukturen sollen auch bei Zuliefererbetrieben eingerichtet werden.

Der Betrieb profitiert so von der bisherigen und künftigen Qualifikation des Mitarbeiters, der Mitarbeiter selbst verbleibt in seinem gewohnten Umfeld und wird nicht arbeitslos. Eine längere Abwesenheit vom Wohnort und die Ungewissheit um einen künftigen Arbeitsplatz, wie z. B. bei einer Umschulung, werden vermieden.

Arbeitgeber, die ein solches betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, können durch Prämien oder einen Bonus gefördert werden (§ 84 Abs. 4 SGB IX). Ein Arbeitsausschuss der Bundesarbeitsgemeinschaft der Inte-

grationsämter und Hauptfürsorgestellen hat sich im Oktober 2004 mit einer „Empfehlung zur Erbringung von Prämien zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements“ befasst. Die Ergebnisse des Arbeitskreises werden in eine Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu § 84 Abs. 4 SGB IX eingebracht werden, die im Januar 2005 zum ersten Mal tagen wird. Ziel muss es sein, die Erwerbsquote älterer Arbeitnehmer, die im Jahr 2003 bei 55- bis 65-Jährigen in Deutschland bei nur rund 39 Prozent lag, deutlich zu erhöhen, um den demographischen Wandel in Deutschland bewältigen und die Sozialversicherungsbeiträge senken zu können. Bei der Umsetzung wird es darauf ankommen, bisherige Erfahrungen zu nutzen und Ansätze aus Teilbereichen zusammenzuführen.

In Zusammenarbeit mit der BAR und unter wissenschaftlicher Begleitforschung durch das Institut für empirische Soziologie Nürnberg lief seit Juli 2001 das Modellprojekt „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“. Die Regionaldirektion Bayern hatte bereits im Vorfeld dieses Projektes in einem Modellversuch sehr gute Erfahrungen mit der Erhaltung von Arbeitsverhältnissen für behinderte Menschen gemacht. Projektpartner waren das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, die BAR, die Bundesagentur für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaft der Integrationsämter sowie die Spitzenverbände der Sozialversicherungsträger. Zielgruppe des Modellprojekts sind ungekündigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit erheblichen gesundheitlichen Problemen und hohem Arbeitsplatzverlustrisiko infolge erheblicher bzw. regelmäßiger krankheitsbedingter Fehlzeiten. Das Case-Management wurde entweder von den Rehabilitationsträgern selbst (z. B. Agenturen für Arbeit oder Rentenversicherungsträgern) oder von externen Stellen wie z. B. Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken im Rahmen so genannter Einkaufsmodelle betrieben. Case-Manager, die bundesweit an 13 Modellstandorten tätig sind, bemühten sich vor Ort in Zusammenarbeit mit allen relevanten Trägern und Stellen um individuelle Lösungen zur Arbeitsplatzsicherung. In 500 abgeschlossenen Betreuungsfällen konnte rund jedes dritte Beschäftigungsverhältnis erhalten werden. In jedem zweiten Fall ging die Initiative zur Einschaltung des Case-Managements von den Krankenkassen aus. In standortübergreifenden Arbeitssitzungen wurden CMB-Qualitätsstandards entwickelt.

Ein ähnlicher Weg wird derzeit bei der Lebensmittelkette „real“ erfolgreich beschritten. Besonders bewährt haben sich beispielsweise bei „real“ in Nordrhein-Westfalen „runde Tische“ als „mobile Servicestellen“ zwischen den regionalen Märkten, den Arbeitsämtern und dem Integrationsamt.

In der gesamten METRO Group wurde im Jahr 2004 ein systematisches strategisches Gesundheitsmanagement entwickelt und institutionalisiert. Dazu erarbeitet ein Arbeitskreis „Gesundheitsmanagement“ unter Leitung eines Lenkungskreises geeignete Strukturen und Leitsätze. Er ermittelt „Best practices“ der Konzerngesellschaften und berichtet darüber, initiiert Pilotprojekte und berät gesellschaftsübergreifend. In die Entwicklung des Gesundheits-

managements werden die Gesellschaften sowie die Arbeitnehmer- und Schwerbehindertenvertreter angemessen einbezogen. Ferner werden externe Partner (z. B. Verbände, Leistungsträger, Wissenschaftsinstitute, Politik) beteiligt. Ziele des Gesundheitsmanagements sind:

- Erhaltung und Steigerung der Leistungsfähigkeit aller Mitarbeiter über die gesamte Zeit ihrer Beschäftigung durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitsverhaltens;
- frühzeitige Berücksichtigung von erkennbaren Gesundheitsproblemen unter Einbeziehung aller vorbeugenden Maßnahmen sowie Integration und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit leistungsgeschwächter Mitarbeiter.

Die Schwerbehindertenpolitik in der METRO Group ist darauf ausgerichtet, behinderte Menschen so früh und so nachhaltig wie möglich den Zugang zu Arbeitsplätzen und Arbeitsmitteln zu ermöglichen. Hierfür werden effiziente Strukturen der internen Zusammenarbeit aufgebaut und weiterentwickelt. Ein interner Koordinierungskreis der unterschiedlichen Gesellschaften und jeweiligen Schwerbehindertenvertreter betreut die Schwerbehindertenpolitik. Er arbeitet eng mit Sozialverbänden, Integrationsämtern und Betrieben zusammen.

2.8 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin forscht zum präventiven Arbeitsschutz

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) unterstützt das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit in allen Fragen des Arbeitsschutzes einschließlich des medizinischen Arbeitsschutzes. Sie beobachtet und analysiert die Arbeitssicherheit, die Gesundheitssituation und die Arbeitsbedingungen in Betrieben und Verwaltungen. Sie entwickelt Problemlösungen unter Anwendung arbeitsmedizinischer, sicherheitstechnischer, ergonomischer und sonstiger arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse. Weiterhin bearbeitet die BAuA unter Anwendung epidemiologischer und anderer arbeitsmedizinischer Methoden Probleme, die sich aus der Belastung und Beanspruchung durch Arbeitsstoffe, komplexe Arbeitsplatzeinflüsse und der 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. 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.

Zur Unterstützung der vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit und weiteren Partnern getragenen „Initiative neue Qualität der Arbeit“ (INQA) wurde bei der BAuA in Dortmund eine Geschäftsstelle eingerichtet.

Unter der Internetadresse www.inqa.de finden Webnutzer alles Wissenswerte zum Hintergrund und zu den Projekten der Initiative. Die Internetplattform berichtet über die in ausgewählten Branchen entwickelten und umgesetzten Konzepte zur Verbesserung der Arbeit und liefert verschiedene Serviceinformationen.

Mit dem Arbeitsschutzgesetz wurde 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 SGB VII. 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 Menschen einheitlich gesteuert werden.

2.9 Präventionskonzepte im Rahmen von Modellprojekten erprobt

Ergänzend zu den Aktivitäten der BAuA und zu den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung – im Rahmen des Programms „Arbeit, Umwelt und Gesundheit“ – geförderten Forschungsvorhaben fördert das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit seit 1993 die Entwicklung von Präventionskonzepten im Rahmen des Programms zur Förderung von Modellvorhaben zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Das Modellprogramm zielt seit seiner Neuausrichtung im Jahre 2000 darauf, den Wandel der Arbeitswelt zu begleiten und den präventiven Arbeitsschutz in den Betrieben zu unterstützen. Gerade Klein- und Mittelbetriebe benötigen neue Hilfestellungen zur Lösung der Frage, wie Arbeits- und Gesundheitsschutz effektiv und effizient gestaltet werden kann. Herauszuheben sind Aktivitäten

- auf den Gebieten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Callcentern (Förderschwerpunkt 2000),
- bei Existenzgründungen („Existenzgründung – gesund und sicher starten – GUSS“ (Förderschwerpunkt 2001),
- zum Thema „Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen – Gesunde Menschen in gesunden Unternehmen – NAGU“ (Förderschwerpunkt 2003) sowie
- zum Thema „Lange lernen – Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Lehrerberuf erhalten und fördern“ (Förderschwerpunkt 2004).

2.10 Prävention in der gesetzlichen Unfallversicherung

Auch die Unfallversicherungsträger sind nach SGB VII für die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zuständig. Daneben wird die Verhütung von Arbeits- (einschließlich Arbeitsweg)unfällen und Berufskrankheiten – nicht zuletzt zur langfristigen Kostententlastung –

von den Unfallversicherungsträgern konsequent fortgeführt.

Große Bedeutung unter den berufsbedingten Schädigungen haben die von der Unfallversicherung anzuerkennenden und zu entschädigenden Berufskrankheiten. 2003 sind 64 856 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit erstattet worden; im gleichen Jahr wurden 17 425 Fälle als Berufskrankheit anerkannt. Im Vergleich dazu wurden im Jahre 1996 93 861 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit erstattet, davon wurden 24 274 Fälle anerkannt.

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.

2.11 Prävention in der gesetzlichen Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung ist Prävention immanenter Bestandteil jeder Rehabilitationsleistung. Von Vorteil ist dabei, dass diese Maßnahmen gezielt eingesetzt werden können und den Adressatenkreis direkt erreichen.

Entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag sind die Präventionsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung in erster Linie Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention, aber auch Maßnahmen zur Primärprävention werden durchgeführt.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) hat im August 2000 ein neues Gesundheitsprogramm für die medizinische Rehabilitation vorgelegt. Dieses dient als gemeinsame Grundlage für alle eigenen und Vertragskliniken der Rentenversicherungsträger, um eine effektive Gestaltung der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation zu erreichen. Folgende Themenbereiche werden in diesem Gesundheitsbildungsprogramm behandelt:

- Grundlagen der Gesundheitsbildung in der medizinischen Rehabilitation,
- Schutzfaktoren: Was hält uns gesund?,
- Essen und Trinken,
- Bewegung und körperliches Training,
- Stress und Stressbewältigung,
- Alltagsdrogen: Zwischen Genuss und Sucht.

Das indikationen- und themenspezifische Gesundheitsprogramm der BfA setzt auf Schulung und Beratung, die auch die Angehörigen einbezieht. Als wesentliches didaktisches Prinzip wird die Teilnehmerorientierung gesehen.

Maßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen der Prävention

<p>Primärprävention/ Sekundärprävention</p>	<ul style="list-style-type: none"> – stationäre Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende, ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussende Beschäftigung ausüben – Gesundheitstrainingsprogramme 	<p>Diese Leistungen haben primärpräventiven Charakter.</p> <p>Diese Trainingsprogramme sind indikationsspezifisch und themenspezifisch ausgerichtet und dienen der Schulung und Beratung der Rehabilitanden und ggf. ihrer Angehörigen, Kollegen und Arbeitgeber.</p>
<p>Sekundär- und Tertiärprävention</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Kinderrehabilitation – Förderung von Selbsthilfe – Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern, Interessenvertretungen zur frühzeitigen Erkennung des Reha-Bedarfs – Information und Schulung der Ärzte – Beratungsauftrag der Servicestellen – intensivierete Rehabilitationsnach-sorge – ambulante Nachsorge – Qualitätssicherung – Reha-Forschung 	
<p>Verzahnung der verschiedenen rehabilitativen Angebote</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger – Zusammenarbeit mit beruflichen und sozialen Umfeld der Rehabilitanden – Nutzung von Strukturen wie Gesundheitszirkel, betriebliche Sozial- oder Suchtberatung sowie Mobbingstellen zur Prävention 	

2.12 Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Krankenkassen sind 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.

Nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten

und deren Verschlimmerung. Zu diesen Leistungen zählen auch notwendige Leistungen, um

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklungen eines Kindes entgegenzuwirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Diesen Zielen dienen in erster Linie ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Reichen diese nicht aus, können nach § 23 Abs. 2 SGB V ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbracht werden. Reichen auch diese ambulanten Leistungen nicht aus, um eine Krankheit zu verhüten und deren Verschlimmerung zu vermeiden, kann die Krankenkasse die Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht (vgl. § 23 Abs. 4 SGB V).

Nach § 25 Abs. 2 SGB V haben Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres und Männer vom Beginn des 45. Lebensjahres als Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen. Grundsätzlich müssen nach § 2 SGB V die Untersuchungen dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Krebserkrankungen nehmen in der Bundesrepublik Deutschland mit 25 Prozent den zweiten Platz in der Rangfolge der Todesursachen ein und sind bei 30- bis unter 70-jährigen Frauen sogar die häufigste Todesursache. Trotzdem nimmt nur knapp die Hälfte der anspruchsberechtigten Frauen jährlich an den Früherkennungsuntersuchungen teil. Bei Männern geht sogar nur jeder siebente zur Früherkennungsuntersuchung.

Die Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur Früherkennung von Krebserkrankungen wurden durch eine Gesundheitsuntersuchung – „Check-up“ – ergänzt. Danach haben Männer und Frauen, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (§ 25 Abs. 1 SGB V).

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 Krankheitsvorstadien, die bei geeigneter Lebensführung umkehrbar sind. Ärztlicher Rat und eigenverantwortliche Vermeidung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen sowie der Aufbau von gesundheitsfördernder Lebensweise können den Ausbruch von Krankheiten vermeiden helfen.

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 Gesunderhaltung überzeugt sind sowie von der Existenz entsprechender Angebote überhaupt Kenntnis haben und für behinderte Menschen die ärztlichen Praxen barrierefrei gestaltet sind.

Da die demographische Entwicklung in Deutschland anwachsende Zahlen älterer und alter Menschen und damit auch chronisch-degenerativer Erkrankungen erwarten lässt, sind effektive Präventionsmaßnahmen zur Eindämmung dieser Krankheiten unabdingbar. Neben reinen Aufklärungsmaßnahmen müssen auf die jeweilige Zielgruppe und ihren Lebensalltag zugeschnittene Hilfen bereitgestellt werden, um Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu erzeugen.

Für behinderte und chronisch kranke Frauen, Männer und Kinder mit Migrationshintergrund stellt die Sprachbarriere in allen Bereichen der sozialen Beratung und Betreuung sowie der Gesundheitsförderung ein wesentliches Hindernis dar. Hinzu kommen Unterschiede in Kultur und Tradition, die die Auffassung von Gesundheit und Krankheit betreffen und zu Missverständnissen und Problemen bei Beratung und Behandlung führen können.

Sprachliche, soziale sowie kulturbedingte Barrieren können dazu führen, dass die Angebote des Gesundheitssystems von Migrantinnen und Migranten nur unzureichend in Anspruch genommen werden. Dazu kommen im Behandlungsprozess möglicherweise auftretende Verständigungsschwierigkeiten, die den Behandlungserfolg gefährden können. Die Regeleinrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sind zunehmend bemüht, sich interkulturell zu öffnen, um Migrantinnen und Migranten eine verbesserte gesundheitliche Versorgung und Beratung zu ermöglichen. Dieser Prozess muss fortgesetzt und ausgebaut und insbesondere auch im Bereich der Behindertenhilfe verstärkt werden (Symposium „Migration, Flucht und Behinderung“ vom Mai 2003).

Der hessische Landesverband der Betriebskrankenkassen hat im Jahr 2003 den Innovationspreis Gesundheit zum Thema Migration und Gesundheit ausgeschrieben. Ziel war eine Erhöhung des Problembewusstseins hinsichtlich der gesundheitlichen Beratung, Betreuung und Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Erreicht werden soll dadurch die Unterstützung bei der Entwicklung neuer Denkweisen und Handlungsmuster zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen.

Das Interfakultäre Zentrum für Ethik in den Wissenschaften an der Universität Tübingen hat 2003 mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung die Handreichung „Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten für die Gesundheitsberufe“ veröffentlicht. So haben einige Kommunen Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten herausgegeben (z. B. Bremen 2003, Stuttgart 2001). Einen aktuellen Überblick über das deutsche Gesundheitssystem gibt seit September 2004 der vom Ethno-Medizinischen Zentrum Hannover und dem BKK

Bundesverband erstellte Wegweiser für Migrantinnen und Migranten in sechs Sprachen.

3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

3.1 Medizinische Rehabilitation wichtig für gesundheitliche Versorgung

Kann durch Vorsorge und Frührehabilitation das Entstehen einer Behinderung nicht abgewendet werden, tritt diese durch ein plötzliches Ereignis ein oder droht sie einzutreten, stehen zur Rehabilitation zunächst medizinische Leistungen im Vordergrund, um mit ihnen eine Störung der gesellschaftlichen Teilhabe zu vermeiden oder ihr entgegenzuwirken. Wichtiger Bestandteil aller Leistungen ist es dabei, die verbleibenden Kräfte zu stärken und gleichzeitig solche Funktionen und Fähigkeiten zu fördern und zu entwickeln, die die ausgefallenen ausgleichen. Die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation wird sich mit der Zunahme chronischer Krankheiten – auch wegen der zunehmenden Zahl älterer Menschen – weiter erhöhen. Der zunehmenden Anzahl von chronischen Erkrankungen hat das SGB IX Rechnung getragen, indem es die Abwendung chronischer Krankheiten als eines der Ziele der medizinischen Rehabilitation genannt hat.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind insbesondere:

- ärztliche Behandlung,
- Heilmittel,
- Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- Hilfsmittel,
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Dabei sind Bestandteile dieser Leistungen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit sie im Einzelfall erforderlich sind, um das Ziel einer möglichst uneingeschränkten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen.

3.2 Träger erbringen Leistungen im Rahmen ihrer Zuständigkeit

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt jeder Rehabilitationsträger im Rahmen seiner generellen Aufgabenstellung mit Ausnahme der Bundesagentur für Arbeit. Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der bei ihr 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 ist insbesondere durch § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VI geregelt und verwaltungsmäßig abgesichert. In ähnliche Richtung wirkt die nach § 51 SGB V bestehende Möglichkeit der Krankenkassen, Versicherte zu veranlassen, Rehabilitationsleistungen, insbesondere der Rentenversicherung, zu beantragen, und zwar nicht erst bei Eintritt von Gegebenheiten, aufgrund derer Renten zu leisten sind, sondern schon bei erheblicher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit. Arbeitslose mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit werden von der Agentur für Arbeit nach § 125 III aufgefordert, unverzüglich einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen.

Nach dem SGB VII – Recht der Unfallversicherung – haben die Leistungen zur Heilbehandlung und zur Rehabilitation Vorrang vor Rentenleistungen und sind „mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig“ zu erbringen. § 8 Abs. 2 SGB IX enthält auch trägerübergreifend den Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“.

Auch eine Akutbehandlung muss, wenn Behinderungen bestehen oder drohen, nach § 27 SGB IX stets zugleich den Zielen der Rehabilitation dienen, wie sie in §§ 10 und 26 SGB IX Ausdruck gefunden haben, und die „Behandelten“ motivieren, auch selbst ihren Beitrag hierzu zu leisten. Mit dem SGB IX wurde ausdrücklich auch die „Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln“, Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Durch die Hervorhebung des Gesundheitstrainings (§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX) soll die freiwillige Mitwirkung der Betroffenen gefördert werden, indem sie die Bemühungen zu einem gesundheitsgerechten Verhalten während und nach der Rehabilitation unterstützt.

Wo eine Funktionsbeeinträchtigung zurückbleibt, werden die Patienten auf das Leben mit dieser Beeinträchtigung und ihren Auswirkungen vorbereitet, beispielsweise durch Training mit Hilfsmitteln. § 44 SGB IX stellt für die Rehabilitationsträger klar, dass zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weitere ergänzende Leistungen gehören, wie beispielsweise der Rehabilitationssport oder das Funktionstraining. Für die gesetzliche Krankenversicherung regelt § 11 SGB V, dass zu ihren Leistungen auch die medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation gehören, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Bei der Erbringung begleitender Hilfen gemäß § 26 Abs. 3 SGB IX (z. B. Hilfen bei der Behinderungsverarbeitung, Training lebenspraktischer Fähigkeiten) kommt es jedoch noch zu Problemen.

Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf Menschen mit Behinderungen ein. Insbesondere verfolgt er das Ziel, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordinierung und Flexibilität zu verbessern und das Selbstbewusstsein der Rehabilitanden zu festigen. Hierzu zählen auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, deren Selbstbewusstsein als Folge

der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen – zur Vermeidung nur eingeschränkter Teilhabemöglichkeiten – die Stärkung ihres Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

3.3 GKV-Modernisierungsgesetz fördert Qualität und Wirtschaftlichkeit

Das GKV-Modernisierungsgesetz, das in weiten Teilen am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, ermöglicht eine umfassende und nachhaltig wirksame Reform zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen. Insbesondere die strukturellen Maßnahmen tragen zu wesentlichen Qualitätsverbesserungen bei, die insbesondere ständig auf medizinische Hilfe angewiesene chronisch kranken und behinderten Menschen zugute kommen.

Insgesamt wird mit dem GKV-Modernisierungsgesetz individuellen Bedürfnissen und Bedarfen in Zukunft in einem Ausmaß Rechnung getragen wie nie zuvor. Das beginnt bei ganz neuen Mitwirkungsrechten der „Kunden“, reicht über weit größere Wahlfreiheit des Einzelnen bis hin zu grundlegenden Veränderungen in den Versorgungsstrukturen. Die starren Strukturen werden durchbrochen und ersetzt durch eine Vielzahl von durchlässigen Versorgungsstrukturen, in denen Menschen die jeweils auf ihren persönlichen Bedarf ausgerichteten Leistungen erhalten. Auf der Grundlage dieser Regelungen arbeiten Ärztinnen und Ärzte mit Kollegen anderer Disziplinen zusammen, kooperieren mit Pflege und Rehabilitation sowie mit anderen Gesundheitsberufen. Sie behandeln die ihnen anvertrauten Menschen in vernetzten Strukturen, in denen möglichst viel Transparenz und Wissen herrscht, in denen Mehrfachuntersuchungen überflüssig werden und in denen der jeweilige Facharzt nachvollziehen kann, was der Haus- oder der erstbehandelnde Arzt schon unternommen hat. Medizinische Versorgungszentren, Hausarztssysteme, die Möglichkeit für Krankenhäuser, in speziellen Fällen auch ambulant behandeln zu können, sowie die Entwicklung integrierter Versorgungsformen stellen besonders ab auf den individuellen Bedarf der Menschen. Das entspricht den Vorschlägen der Verbände und Organisationen behinderter Menschen, die seit langem den Ausbau der integrierten Versorgung einfordern. Die Versorgungsstrukturen müssen sich den Bedürfnissen der Menschen anpassen, nicht umgekehrt diese den Versorgungsstrukturen. Das bedeutet, dass sich alle Leistungserbringer und Leistungsträger auf die besonderen Bedürfnisse von chronisch kranken und behinderten Menschen einstellen müssen.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde ein neuer § 2a ins SGB V aufgenommen, wonach den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist. Es gilt, die Belange chronisch kranker und behinderter Menschen im Sinne von mehr Teilhabe zu berücksichtigen, ihnen Selbstbestimmung zu ermöglichen und durch Behinderungen oder chronischer Krankheit bedingte Nachteile auszugleichen. Diese Regelung ist wegweisend für das gesamte SGB V.

Neu ist auch, dass Patienten- und Behindertenverbände einschließlich der Selbsthilfe bei Entscheidungen, die die Versorgung betreffen, jetzt ein Mitberatungsrecht in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien haben, insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss. Auch die Berufung einer Patientenbeauftragten auf Bundesebene unterstützt die Interessen der „Kunden“. Der Ausbau des Verständnisses von Selbstbestimmung und Teilhabe und die Verbesserung der Kompetenz durch Information ist Voraussetzung für die Wahrnehmung der eigenen Interessen und Rechte.

Die Kenntnis der medizinischen Leistungsangebote und deren Qualität ist die erste und wichtigste Voraussetzung für die Befähigung der Menschen zu einer möglichst rationalen Entscheidung über gesundheitliche Verhaltensweisen und Mitbestimmung in Fragen der eigenen medizinischen Behandlung. Es ist eine wichtige Aufgabe des vom Gemeinsamen Bundesausschuss gegründeten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zur Verbesserung der Patienteninformation und Transparenz für die interessierten „Kunden“ bereitzustellen. Das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit wird die medizinischen Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke festlegen und in verständlicher Sprache Informationen bereithalten, die angeben, was zu einer guten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Behandlung dazugehört.

3.4 Zuzahlungsregelungen neu strukturiert

Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes wurden Zuzahlungen und Eigenleistungen neu strukturiert und damit auch Patientinnen und Patienten mehr Eigenverantwortung und ein höherer Beitrag zur Stabilisierung der Gesundheitskosten abverlangt. Es wurden Regelungen getroffen, um eine übermäßige Belastung chronisch kranker und behinderter Menschen zu verhindern. Bei den Neuregelungen ist sozialen Belangen Rechnung getragen worden. Chronisch Kranke leisten höchstens 1 Prozent ihres Einkommens an Zuzahlungen. Mit seinen im Januar 2004 getroffenen Entscheidungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss sowohl für die Definition chronisch Kranker im Sinne des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung als auch für die Übernahme von Fahrkosten durch die GKV aufgrund seines gesetzlichen Auftrags Umsetzungsregelungen getroffen.

Für die Definition „chronisch krank“ gilt demnach, dass zur Feststellung der Dauerbehandlung eine Behandlung pro Quartal über ein Jahr erforderlich ist. Zusätzlich muss eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Pflegebedürftigkeit der Stufe II oder III;
- Grad der Behinderung von mindestens 60 oder Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent nach § 30 Abs.1 BVG oder § 56 Abs. 2 SGB VII;
- es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, ohne die eine Verschlimmerung der Krankheit, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebens-

qualität zu erwarten ist. Dies muss der Arzt bescheinigen. Von diesem Kriterium sind auch Menschen mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen eingeschlossen, die keinen Nachweis über einen Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorweisen.

Für Fahrkosten gilt, dass die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung übernommen werden:

- für Menschen, bei denen dies aufgrund der Krankheit oder der notwendigen Behandlung medizinisch zwingend notwendig ist; dies gilt z. B. für Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie oder onkologische Chemotherapie, sowie
- für schwer in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen, nachzuweisen durch einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG, BL und H oder Pflegebedürftigkeit der Stufe II oder III oder durch ärztliche Bescheinigung einer vergleichbar schweren Beeinträchtigung der Mobilität.

Seit dem 1. Januar 2004 können nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bis auf festgelegte Ausnahmen nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden.

Menschen, die an einer schwerwiegenden Erkrankung leiden und zur Behandlung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel benötigen, erhalten rezeptfreie Medikamente auch künftig auf Kassenrezept, sofern diese Arzneimittel nach medizinischen Gesichtspunkten Therapiestandard sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in Richtlinien festgelegt, welche Arzneimittel dies im Einzelnen sind. Die entsprechenden Richtlinien sehen insgesamt über 40 verschiedene Ausnahmefälle vor, darunter sind auch pflanzliche Arzneimittel. Liegt eine der in den Richtlinien aufgeführte schwerwiegende Erkrankung vor, können anstelle von allopathischen Arzneimitteln auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass das verordnete Mittel nach dem Erkenntnisstand der jeweiligen Therapie richtung Therapiestandard ist. Damit ist der Therapieviefalt Rechnung getragen. Durch diese Richtlinien sind klare Regelungen für die Verordnungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel getroffen worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird die Richtlinien regelmäßig zeitnah an neue Erkenntnisse anpassen.

Bei Zuzahlungsverpflichtungen für die in Heimen lebenden Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen wird mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vorgesehen, dass der Träger der Sozialhilfe für sie die Zuzahlungshöchstbeträge in Form eines ergänzenden Darlehens übernimmt, sofern der Hilfeempfänger nicht widerspricht. Das Darlehen beträgt für 2005 ca. 83 Euro bzw. ca. 41 Euro bei Chronikern. Die Auszahlung dieses Betrages erfolgt unmittelbar an die zuständige Krankenkasse. Diese erteilt über den Träger der Sozialhilfe jeweils zum 1. Januar oder bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung umgehend die Bescheinigung über die Befreiung

von der Zuzahlungsverpflichtung für das gesamte Kalenderjahr. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt in kleinen monatlichen Teilbeträgen über das gesamte Kalenderjahr. Der Vorteil dieser Verfahrensweise ist, dass die Belastung mit den Zuzahlungen für die Sozialhilfeempfänger über das ganze Jahr auf geringe Beträge (ca. 6,90 Euro/Monat bzw. ca. 3,45 Euro/Monat bei Chronikern) verteilt wird und damit vertretbar bleibt.

3.5 Rehabilitations-Richtlinien schaffen bessere Rahmenbedingungen

Für die Wirksamkeit der Rehabilitation ist es von größter Bedeutung, dass die Rehabilitationsträger so früh wie möglich über eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung Kenntnis erhalten. Eine Schlüsselfunktion kommt dabei im ambulanten Bereich den niedergelassenen Ärzten zu.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Sitzungen am 1. Dezember 2003 und 16. März 2004 die „Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V“ neu gefasst. Die Richtlinien sind am 1. April 2004 in Kraft getreten. Sie lösen die Rehabilitations-Richtlinien nach § 368 RVO für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Die für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossenen Rehabilitations-Richtlinien schaffen die Rahmenbedingungen für eine strukturierte Kooperation von Vertragsärzten und Krankenkassen bei der Beratung und Einleitung notwendiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Einzelfall. Die wesentlichen Elemente der Richtlinien sind:

- eine Definition der inhaltlichen Grundlagen entsprechend dem Stand der medizinischen Erkenntnis auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation;
- eine klare Aufgabenteilung und Kompetenzabgrenzung zwischen Vertragsarzt und Krankenkasse;
- die Organisation der Verordnung der genehmigungspflichtigen Leistung zur medizinischen Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Vertragsarzt;
- ein neu eingeführtes standardisiertes Formular „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation“ zur Mitteilung zwischen Vertragsarzt und Krankenkasse;
- eine veränderte Ausgestaltung der Verordnung zur Befunddokumentation im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments mit Feststellung der Kriterien Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsfähigkeit und individuelle Rehabilitationsprognose;
- die Festschreibung der Verordnungsberechtigung an den Nachweis rehabilitationsmedizinischer Kenntnisse des Vertragsarztes;
- die gemeinsame Sicherung des Rehabilitationserfolges durch „Kunden“, Krankenkasse und Vertragsarzt.

Zur Erhöhung der Transparenz des Verfahrens sehen die Richtlinien vor, dass die Krankenkasse sowohl den Versicherten als auch den verordnenden Vertragsarzt über die Leistungsentscheidung unterrichtet und Abweichungen von der Verordnung begründet.

Mit dem bundesweit einheitlichen Ordnungsformular „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ steht den Vertragsärzten, Krankenkassen und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) zukünftig ein wichtiges Instrument zur Verfügung, um den notwendigen Rehabilitationsbedarf standardisiert zu prüfen, zu dokumentieren und sachgerechte und angemessene Leistungsentscheidungen für den Einzelfall zu ermöglichen.

Die Rehabilitations-Richtlinien treffen Regelungen allein mit Wirkung für die gesetzliche Krankenversicherung. Eine entsprechend dem Grundgedanken des SGB IX trägerübergreifende Vereinheitlichung des Antragsverfahrens und der Lehrinhalte hinsichtlich der Fortbildung der Ärzte ist anzustreben.

3.6 Gesundheitliche Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen

Eine ausreichende medizinische Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen ist die erste notwendige Bedingung für deren Teilhabe an allen Lebensbereichen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellte in seinem Gutachten (2000/2001 III.1.) fest, dass es für unterschiedliche chronische Krankheiten zu krankheitsübergreifenden Mustern von Über-, Unter- und Fehlversorgung kommt, die auf eine begrenzte Zahl von überholten „Paradigmen“ und Versorgungsgewohnheiten zurückzuführen sind. Die dort aufgeführten Beispiele stützen die These, dass das gegenwärtige Gesundheitssystem in vielen Fällen nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch Kranker angepasst ist. Leistungserbringer und Leistungsträger sind vorrangig auf Heilung im Sinne vollständiger Wiederherstellung bei akuten Erkrankungen eingestellt und nicht auf die Kompensation dauerhafter Funktions- und Partizipationsbeeinträchtigungen.

Der einseitigen kurativen Versorgung liegt das derzeit dominierende traditionelle Modell eines „sequenziellen Krankheitsverlaufs“ zugrunde, demzufolge Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege nacheinander geschaltete Maßnahmen darstellen. Die für komplexe chronische Erkrankungen sowie für chronisch kranke alte Menschen typische Multimorbidität beinhaltet jedoch unterschiedliche Arten und Phasen von Kranksein und Behinderung nebeneinander, aber immer zugleich verbleibende oder erweiterungsfähige Potenziale selbstkompetenten Handelns und Helfens. Die gleichzeitige Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen in unterschiedlichen Stadien erfordert daher die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Verzahnung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Pflege.

Viele der im Gutachten des Sachverständigenrates identifizierten Probleme chronisch Kranker stehen im engen Zusammenhang mit der weit verbreiteten – aber überholten – Vorstellung vom Patienten als passiven Empfänger von medizinischen Leistungen als „Reparatur, Kur und Schonung“. Eine solche therapeutische Haltung der Leistungserbringer und eine damit korrespondierende Erwartungshaltung des Menschen sind bei chronischen Krankheiten häufig kontraproduktiv und führen nicht zu den gewünschten Ergebnissen. Die Qualität der Versorgung chronisch Kranker hängt in einem entscheidenden Maße davon ab, wie es gelingt, kranken Menschen und ihre Angehörigen als selbstverantwortliche, informierte und kompetente „Nutzer“ von Gesundheitsleistungen in das Behandlungsmanagement einzubinden. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die stärkere Beachtung von § 1 SGB IX „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“, des § 9 SGB IX „Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten“ sowie des § 2a SGB V hier einen Fortschritt bringen wird.

Die Verbände chronisch kranker und behinderter Menschen haben im August 2002 ein „Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen“ vorgestellt. Kernaussage des Eckpunktepapiers ist, dass eine rein akut-medizinische Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung zu kurz greift. Für behinderte Menschen geht es neben der notwendigen Verbesserung der medizinischen Versorgung immer auch um ihre gesellschaftliche Teilhabe. Alle Leistungen müssen sich daran messen lassen, ob sie die behinderten Menschen rechtzeitig und bedarfsgerecht erreichen und nachhaltig wirken.

3.7 Stationäre oder ambulante Rehabilitation

Rehabilitationseinrichtungen stehen insbesondere im Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung. Es bestehen in Deutschland rund 1 400 stationäre Rehabilitationseinrichtungen, mit denen die gesetzlichen Krankenkassen einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V geschlossen haben. Diese Einrichtungen beteiligen sich an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung.

Im „Verzeichnis von stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation“ der BAR sind insgesamt über 700 Rehabilitationseinrichtungen mit detaillierten Informationen erfasst. Die aktuelle – über die BAR zu beziehende – CD-ROM verfügt über einen Suchfilter, der es ermöglicht, zahlreiche Klinikmerkmale zu recherchieren. So lässt sich z. B. ersehen, ob eine Rehabilitationseinrichtung rollstuhlgerecht, für seh- oder hörbehinderte Menschen geeignet oder mit einer Dialysestation ausgestattet ist.

Nicht in jedem Falle sind stationäre Rehabilitationsleistungen notwendig. Wo die Zielsetzungen nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind, sind Leistungen unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form und ggf. unter Einbeziehung

familienentlastender und -unterstützender Dienste zu erbringen (§ 19 Abs. 2 SGB IX).

Die Regelung des § 19 Abs. 2 SGB IX entspricht der immer stärker werdenden Bedeutung der Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation. Faktisch stehen damit ambulante und stationäre Rehabilitation gleichwertig nebeneinander. Nach § 9 Abs. 3 SGB IX haben Leistungen, Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände zu lassen und ihre Selbstbestimmung zu fördern. Unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände und der Wirksamkeit der Leistungen sind daher ambulante Einrichtungen zu bevorzugen, damit gerade Frauen so oftmals besseren Zugang zu diesen Leistungen erhalten.

Die vorzunehmende Auswahl setzt daher eine Klärung voraus, ob die jeweiligen Leistungen überhaupt in ambulanter Form erbracht werden können, zum anderen eine Prognose hinsichtlich der Wirksamkeit in Bezug auf die Ziele, die mit den jeweiligen Leistungen verfolgt werden. So ist beispielsweise nicht jeder für die ambulante Rehabilitation geeignet und nicht alle wollen an einer ambulanten Rehabilitation teilnehmen.

Die Rehabilitationsträger haben die Dienste und Einrichtungen nach der im Einzelfall am besten geeigneten Form unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts auszuwählen.

Um die ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation hinsichtlich ihrer Wirksamkeit den stationären Leistungen gleichzustellen, orientieren sie sich ebenfalls an einem ganzheitlichen Ansatz, der – wie bei den stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – die physischen, psychischen und sozialen Aspekte umfasst. Weiter gelten die Grundsätze der Interdisziplinarität und der Individualität. Das von den Trägern der Rentenversicherung verabschiedete Rahmenkonzept „Grundsätze und Anwendungsempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ sieht vor, dass in der ambulanten Rehabilitation arbeits- und berufsbezogene Rehabilitationselemente verstärkt berücksichtigt werden sollen.

Bereits im November 1995 haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Unfallversicherungsträger gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Ebene der BAR als Leitlinie für den Auf- und Ausbau einer gemeinsam zu nutzenden bedarfsdeckenden ambulanten Rehabilitationsstruktur und zur Gewährleistung einer an einheitlichen Grundsätzen ausgerichteten Leistungserbringung Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation vorgelegt.

Im Jahr 2000 wurden diese Rahmenempfehlungen vollständig überarbeitet. Sie stellen unter dem Gesichtspunkt zielgerichteter Steuerung und Zuweisung in die für die betroffenen Menschen geeigneten – ambulanten oder stationären – Einrichtungen eine einheitliche Konzeption der ambulanten medizinischen Rehabilitation dar, die auf den für den stationären Bereich konzipierten Rehabilitationsgrundsätzen aufbaut. Die Rahmenempfehlungen 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.

3.8 Standards ambulanter Rehabilitation

Der allgemeine Teil der BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation wird in einem besonderen Teil ergänzt durch indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte für die bedeutsamsten Krankheitsarten, 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. Mit der Erarbeitung indikationsspezifischer Konzeptionen wird dem Erfordernis Rechnung getragen, dem nach Art und Umfang bei den verschiedenen Krankheitsbildern grundsätzlich, aber auch im Einzelfall unterschiedlichen Bedarf an Leistungen zur Rehabilitation durch eine flexible Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation zu entsprechen. Dies gilt sowohl für Inhalt und Dauer der Leistung als auch für die Entscheidung, ob die Leistung in ambulanter oder stationärer Form durchzuführen ist.

Seit 1. April 2001 sind die Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation bei muskuloskeletalen, bei kardiologischen und bei neurologischen Erkrankungen in Kraft. Sie sind als Broschüren der BAR veröffentlicht oder sind im Internet unter www.bar-frankfurt.de zugänglich.

Seit dem 1. April 2004 sind weitere Rahmenempfehlungen in Kraft. Mit den Rahmenempfehlungen zur ambulanten dermatologischen Rehabilitation, zur ambulanten onkologischen Rehabilitation sowie zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wird der bundesweite und trägerübergreifende Auf- und Ausbau entsprechender ambulanter Angebote auf einer weiterentwickelten gemeinsamen und abgestimmten Grundlage möglich.

Damit leisten die Rahmenempfehlungen einen Beitrag zu den Bemühungen der Rehabilitationsträger, die Rehabilitation noch gezielter auf die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsziele im Einzelfall auszurichten. Die Rahmenempfehlungen bieten zugleich für die Rehabilitationsträger die inhaltliche Grundlage für die Anerkennung und Belegung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitationsträger überprüfen nach den Kriterien der Rahmenempfehlungen der BAR die Qualität ambulanter Rehabilitationsanbieter und sprechen ggf. entsprechende Zulassungen aus. Hierdurch hat sich ein bundesweites Angebot ambulanter Leistungsanbieter entwickelt, das sich bisher allerdings im Wesentlichen auf die Großstädte und dicht besiedelten Gebiete konzentriert.

3.9 Ambulante Rehabilitation wird ausgebaut

In den letzten zehn Jahren hat ein verstärkter Ausbau von ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stattgefunden. Nach Informationen der Rentenversicherungsträger konnten im Jahre 2002 etwa 120 ambulante Einrichtungen in Anspruch genommen werden – gegenüber erst 13 laufenden Modellen im Jahre 1995. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind bereits bis zu 260 ambulante Zentren hauptsächlich in den Indikationsgebieten der muskuloskeletalen, kardiologischen und neurologischen Erkrankungen zugelassen. Auch wenn die Zulassungen ambulanter Einrichtungen – wie im Bereich der stationären Rehabilitation – gemeinsam und einheitlich durch die Landesverbände der Krankenkassen erfolgen muss, überwiegen doch die gemeinsam ausgesprochenen Zulassungen. Darüber hinaus bieten inzwischen die meisten stationären Rehabilitationseinrichtungen ambulante Behandlungsplätze an.

Die Rentenversicherung versteht den Ausbau der ambulanten Rehabilitation als eine konzeptionelle Erweiterung ihres Leistungsangebotes. Sie soll und kann aber keinesfalls die stationäre Form der Rehabilitation vollständig ersetzen. Seit 1997 weisen die Bewilligungen ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation deutliche Zuwächse auf. Der Anteil an allen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation betrug bei der BfA im Jahr 2002 5 Prozent, im Jahr 2003 bereits 7 Prozent. Prognostiziert wird ein maximaler Anteil der ambulanten Rehabilitation von etwa 20 bis 25 Prozent.

Auch die gesetzliche Krankenversicherung sieht den Auf- und Ausbau dieser Leistungsform als eine sinnvolle Erweiterung bzw. Ergänzung zu dem bisherigen stationären Angebot in der medizinischen Rehabilitation. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gehen davon aus, dass die Bedeutung der ambulanten Rehabilitation und die Zahl der zugelassenen Einrichtungen vor dem Hintergrund der vorliegenden BAR-Rahmenempfehlungen und Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation in den nächsten Jahren noch deutlich steigen wird.

Die Entscheidung über die Bewilligung der Rehabilitationsleistung in ambulanter Form erfolgt durch den jeweiligen Rehabilitationsträger anhand der Ergebnisse einer sozialmedizinischen Beurteilung. Nicht zuletzt deshalb schreibt § 14 Abs. 5 SGB IX eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung vor. Soweit der Rehabilitand für eine ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation geeignet erscheint, die in § 19 Abs. 2 SGB IX genannten Voraussetzungen erfüllt sind und eine für die festgestellte Indikation geeignete wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung steht, hat der zuständige Rehabilitationsträger in aller Regel eine Rehabilitationsleistung in ambulanter Form zu bewilligen. Begründete Wünsche der Rehabilitanden sind dabei zu berücksichtigen.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden auch von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung – unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände – in ambulanter, aber auch in teilstationärer Form erbracht. Im Rahmen der medizinischen Trainingsthera-

pie (MTT) bieten einige ambulante Rehabilitationszentren auch ein so genanntes arbeitsplatzbezogenes Training an.

Durch die zunehmende Anzahl von ambulanten Leistungsangeboten ist auch eine steigende Nachfrage auf der Versicherungseite festzustellen. Hierfür dürfte auch ausschlaggebend sein, dass die Mehrzahl der Leistungserbringer flexible Behandlungszeiten anbietet, die eine berufs begleitende Durchführung der Leistungen ermöglichen. Hierdurch ergeben sich für den Rehabilitationsträger Einsparungen beim Übergangsgeldes.

Inzwischen weisen Ergebnisse aus verschiedenen wissenschaftlichen Studien darauf hin, dass bei ambulanter Durchführung eines umfassenden Rehabilitationsansatzes und Einhaltung der BAR-Rahmenempfehlungen vergleichbare Behandlungsergebnisse erzielt werden können wie bei stationärer Durchführung. Auch die Ergebnisse der von gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung gemeinsam durchgeführten und wissenschaftlich begleiteten Modellvorhaben in der ambulanten orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation zeigen einen qualitativ hohen Standard in der ambulanten Rehabilitation, vergleichbar dem in der stationären Rehabilitation. Ein Gesamtkostenvergleich der beiden Versorgungsformen konnte aufgrund des gewählten Studiendesigns in den bisherigen wissenschaftlichen Studien nicht geleistet werden. Gleichwohl scheinen Ergebnisse zu ausgewählten Indikationen zu bestätigen, dass für Menschen, die sich für die ambulante Rehabilitation eignen, ein ungefähr vergleichbarer Rehabilitationserfolg mit geringeren direkten Kosten als bei stationären Maßnahmen erzielt werden kann. Die unmittelbaren Behandlungskosten sind bei der ambulanten Rehabilitation niedriger, allerdings fallen höhere Fahrt-, Verwaltungs- und Personalkosten als im stationären Bereich an. Valide Aussagen über die Auswirkungen des Ausbaus der ambulanten Rehabilitation auf die Kosten der medizinischen Rehabilitation insgesamt sind derzeit nicht möglich. Bei stärkerer Nutzung ambulanter statt stationärer Versorgungsstrukturen werden positive Auswirkungen hinsichtlich der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation gesehen.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen, dass die Rehabilitanden ihre Wahl für eine bestimmte Rehabilitationsform in der Regel bewusst und wohl begründet treffen.

Der Umfang der erbrachten Leistungen in der ambulanten Rehabilitation orientiert sich an den individuellen Anforderungen und entspricht grundsätzlich dem in stationären Einrichtungen. Das bedeutet in der Regel für den Rehabilitanden mindestens sechs Stunden täglich Therapie bei einer 5-Tage-Woche (einschließlich aktivierender und psycho-educativer Leistungen). Neben den medizinischen Voraussetzungen müssen Rehabilitanden für eine ambulante Rehabilitation über die zur Inanspruchnahme der Rehabilitation erforderliche Mobilität verfügen und die Rehabilitationseinrichtung muss in einer zumutbaren Fahrzeit erreichbar sein.

Ebenso muss die häusliche Versorgung des Rehabilitanden sichergestellt sein.

3.10 Qualität der Rehabilitation

Die gesetzliche Verpflichtung zur Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung ist seit 1989 im SGB V verankert. Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 und dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 wurden wichtige Voraussetzungen geschaffen, die Qualitätssicherung flächendeckend und effektiv voranzubringen.

Die Leistungserbringer sind für die Qualität ihrer Leistungen verantwortlich. Die Vertragsärzte, die Krankenhäuser sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet. Hinzu kommt eine externe Qualitätssicherung, um die Qualität auch im Vergleich mit anderen beurteilen und mögliche Qualitätsdefizite erkennen und beseitigen zu können.

Gemäß § 137d Abs. 1 und 1a SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für den Bereich der medizinischen Rehabilitation in einer Vereinbarung festgelegt. Die Vereinbarung ist am 1. April 2004 in Kraft getreten. Sie berücksichtigt die Regelungsinhalte der Gemeinsamen Empfehlung nach § 20 SGB IX vom 27. März 2003 und legt das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bereits etablierte externe Qualitätssicherungsverfahren in der medizinischen Rehabilitation (QS-Reha-Verfahren) zugrunde. Für den Bereich des internen Qualitätsmanagements werden die allgemeinen Ziele und Grundsätze definiert sowie konkrete Anforderungen festgelegt, die bundesweit von den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beachten sind. Auf diese Weise wird die Qualität in diesem Versorgungsbereich weiter gestärkt und dafür Sorge getragen, dass Qualitätsergebnisse zukünftig bundesweit einheitlich vorliegen und vergleichbar werden.

Seit 1991 wird das Modellprogramm „Förderung der medizinischen Qualitätssicherung“ mit jährlich rund 2 Mio. Euro durchgeführt. Ziel ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu erproben, die anschließend in die Regelversorgung übernommen werden können.

Ein spezieller Förderschwerpunkt widmet sich dem Ziel, betroffene Menschen stärker bei der konkreten medizinischen Entscheidungsfindung in Diagnostik und Therapie zu beteiligen.

Ein weiterer Förderschwerpunkt, „Benchmarking“, entwickelt und erprobt innovative Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität der Versorgung. Anhand von Vergleichen der eigenen Versorgungsergebnisse mit den Ergebnissen anderer Einrichtungen auf der Basis festgelegter Maßstäbe soll den Beteiligten eine Beurteilung der eigenen Stärken und Schwächen ermöglicht werden. Es wirken sowohl ambulante wie stationäre Einrichtungen mit.

Für die von der GKV belegten Rehabilitationseinrichtungen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen – beginnend im Jahr 2000 – ein Verfahren zur externen Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation („QS-Reha-Verfahren“) in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten (Universität Freiburg, Universität Hamburg) methodisch entwickelt. Bei der indikationsbezogenen Erarbeitung der Messinstrumente haben klinische Experten aus den Rehabilitationseinrichtungen und Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung maßgeblich mitgewirkt. Einzelheiten können der Homepage der Spitzenverbände unter www.qs-reha.de entnommen werden.

Für jede Rehabilitationseinrichtung wird ein umfassendes, detailliertes und klinikvergleichendes Qualitätsprofil erstellt, welches Aussagen zu den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität enthält. Im Rahmen des QS-Reha-Verfahrens der GKV werden die Rehabilitationseinrichtungen in allen Qualitätsdimensionen regelmäßig alle drei Jahre überprüft. Damit steht für den Bereich der GKV ein modernes und umfassendes externes Qualitätssicherungsverfahren zur Verfügung, an dem alle stationären Rehabilitationseinrichtungen und entsprechenden Fachabteilungen regelmäßig teilnehmen müssen. Die Ergebnisse aus dem Verfahren stellen für die Krankenkassen die wesentliche Grundlage für die Belegungssteuerung und die leistungsbezogenen Vergütungsverhandlungen dar.

Im März 2004 haben die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung mit der gemeinsamen Entwicklung von Qualitätsinstrumenten und -verfahren für die stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen begonnen. Die Zielgruppe der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen soll seitens der GKV in Kürze in Angriff genommen werden.

Im Rahmen des seit 1997 für alle rentenversicherungseigenen und von der Rentenversicherung federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Qualitätssicherungsprogramms 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.

Im Oktober 1999 verpflichteten sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung, der VDR, die BfA und die Bundesknappschaft in einer gemeinsamen Erklärung zur Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Auf deren Grundlage werden die wesentlichen Vorhaben der

Rehabilitationsträger in der Qualitätssicherung abgestimmt und koordiniert. Die Rehabilitationsträger erkennen die unterschiedlichen Qualitätssicherungsverfahren gegenseitig an, sodass jede Einrichtung/Fachabteilung nur an einem Qualitätssicherungsverfahren teilnehmen muss.

§ 20 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger und Leistungserbringer zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Dementsprechend haben die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Alterssicherung der Landwirte sowie der Kriegsopferversorgung und -fürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden im März 2003 eine gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung vereinbart. Die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe orientieren sich an dieser gemeinsamen Empfehlung oder können dieser beitreten.

Die unter Beteiligung der Verbände behinderter Menschen und der Leistungserbringer erarbeitete gemeinsame Empfehlung soll dazu beitragen, qualifiziert Leistungen zur Teilhabe bedarfsgerecht, zielgerichtet und an den Bedürfnissen der leistungsberechtigten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen auszurichten und in geeigneter Weise sicherzustellen.

Für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsverfahren der Rehabilitationsträger teilzunehmen. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung haben beschlossen, parallel zum Aufbau der Versorgungsstrukturen auch gemeinsam die Qualitätsinstrumente und -verfahren für den Bereich der ambulanten Rehabilitation zu entwickeln. Ein entsprechendes Qualitätssicherungsverfahren befindet sich derzeit im Aufbau.

Damit wird an die Forderung angeknüpft, dass die Rehabilitationsträger die Leistungen zur Teilhabe im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften in gleicher Qualität zu erbringen haben. Durch ein Qualitätsmanagement sollen die Leistungserbringer sicherstellen, dass durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert wird.

3.11 Anspruch auf Leistungen

Aufgrund der steigenden Zahl der Zivilisationskrankheiten, der Verschleißerscheinungen und berufsbedingter Erkrankungen sind medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen unentbehrlich. Ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen sind in der Regel Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, während Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Erwerbsminderung hauptsächlich Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung sind.

Der Begriff der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ist durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz zum 1. Januar 2000 in seiner Bedeutung gestärkt worden, der den

zuvor gängigen Begriff der „Kur“ ablöste. Grundsätzlich haben alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen, d. h. auch Rentner und mitversicherte Ehepartner, Jugendliche und Kinder, Anspruch auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

Vorsorgeleistungen sind Leistungen, die eine Schwächung der Gesundheit beheben oder eine Krankheit verhüten oder deren Verschlimmerung vermeiden sollen, und Rehabilitationsleistungen sind Leistungen, die eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen, ihre Verschlimmerung verhüten oder ihre Folgen mildern.

Diese Leistungen werden ambulant oder stationär durchgeführt. Für Rehabilitationsleistungen sind in der Regel andere Leistungsträger, wie beispielsweise die Rentenversicherung oder die Unfallversicherung zuständig. Dies gilt insbesondere für erwerbstätige Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt oder gefährdet ist.

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen umfassen insbesondere ärztliche Behandlung (einschließlich der verordneten Arzneimittel), physikalische Heilmittel, spezifische Heilmittel, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen werden bestimmte Angebote am Kurort (z. B. Heilquellen, Klima, medizinische Behandlungen und sonstige Therapien) genutzt.

Ambulante Rehabilitationsleistungen können entweder in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen die Verbände der Krankenkassen einen Versorgungsvertrag geschlossen haben, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich ist, in speziellen Einrichtungen wohnortnah erbracht werden.

Den speziellen Bedürfnissen von Müttern und Vätern dienen die besonderen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für diesen Personenkreis. Diese Leistungen werden entweder als Einzelmaßnahme oder als Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen erbracht.

Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen dauern in der Regel drei Wochen, ambulante Rehabilitationsleistungen längstens 20 Behandlungstage. Eine Verlängerung ist möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. Für ambulante Vorsorgeleistungen galt bis zum 31. Juli 2002 ebenfalls eine Regeldauer von drei Wochen, die durch das Gesetz zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen aufgehoben worden ist. Für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt die Regeldauer für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen vier bis sechs Wochen.

Versicherte, die wegen Alkohol-, Medikamenten- bzw. Drogenabhängigkeit oder psychischer Erkrankungen eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchführen, müssen für 28 Tage eine Zuzahlung leisten.

Zeitlich begrenzte Zuzahlungen gelten auch bei geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen sowie in speziellen Fällen, wenn wegen Schwere und Chronizität der Erkrankung eine Rehabilitationsleistung vor Ablauf der Vierjahresfrist dringend erforderlich ist, wenn eine Maßnahme länger als sechs Wochen dauert oder wenn sich die Rehabilitation unmittelbar an eine ambulante Operation bzw. häusliche Krankenpflege anschließt.

Eine erneute ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistung oder eine stationäre Vorsorgeleistung kann grundsätzlich erst nach Ablauf von vier Jahren seit der letzten durchgeführten Maßnahme durchgeführt werden. Eine frühere Wiederholung ist nur dann möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Für ambulante Vorsorgeleistungen hat das „Gesetz zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen“ zu Verbesserungen geführt. Seit 1. August 2002 gilt für solche Maßnahmen ein Wiederholungsintervall von drei Jahren.

Ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen werden in anerkannten Kurorten durchgeführt. Für die Durchführung der stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen schließen die Landesverbände der Krankenkassen mit den entsprechenden Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen so genannte Versorgungsverträge. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen können daneben auch in speziellen Einrichtungen wohnortnah erbracht werden.

**Ambulante Leistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen,
medizinische Vorsorge- und Rehabilitation für Mütter und Väter
Fälle, Tage und Verweildauer – gesetzliche Krankenversicherung –**

Bund	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Fälle						
Ambulante Leistungen	252.965	285.738	214.155	217.022	181.652	190.767
Stat. Leistungen o. AR	285.293	302.995	300.102	234.883	218.584	189.937
Anschlussreha (AR)	340.680	384.086	427.270	445.403	472.622	494.112
Stat. Leistungen insges.	625.973	687.081	727.372	680.286	691.206	684.049
Med. Leist. für Mütter und Väter	207.980	229.122	223.463	227.163	189.345	181.362
insgesamt	1.086.918	1.201.941	1.164.990	1.124.471	1.062.203	1.056.178
Tage						
Ambulante Leistungen	5.259.352	6.019.090	4.172.219	4.111.731	3.430.045	3.649.449
Stat. Leistungen o. AR	7.476.203	8.002.075	7.354.175	6.129.456	5.646.176	5.018.826
Anschlussreha (AR)	9.061.872	9.896.508	10.866.334	10.927.139	11.431.422	11.840.826
Stat. Leistungen insges.	16.538.075	17.898.583	18.220.509	17.056.595	17.077.598	16.859.652
Med. Leist. für Mütter und Väter	4.689.856	5.115.363	4.868.999	4.879.325	3.903.597	3.844.444
insgesamt	26.487.283	29.033.036	27.261.727	26.047.651	24.411.240	24.353.545
Verweildauer						
Ambulante Leistungen	20,8	21,1	19,5	18,9	18,9	19,1
Stat. Leistungen o. AR	26,2	26,4	24,5	26,1	25,8	26,4
Anschlussreha (AR)	26,6	25,8	25,4	24,5	24,2	24,0
Stat. Leistungen insges.	26,4	26,1	25,0	25,1	24,7	24,6
Med. Leist. für Mütter und Väter	22,5	22,3	21,8	21,5	20,6	21,2
insgesamt	24,4	24,2	23,4	23,2	23,0	23,1

Bund	Veränderung gegenüber dem Vorjahreszeitraum in %					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Fälle						
Ambulante Leistungen	10,3	13,0	– 25,1	1,3	– 16,3	5,0
Stat. Leistungen o. AR	12,3	6,2	– 1,0	– 21,7	– 6,9	– 13,1
Anschlussreha (AR)	24,7	12,7	11,2	4,2	6,1	4,5
Stat. Leistungen insges.	18,7	9,8	5,9	– 6,5	1,6	– 1,0
Med. Leist. für Mütter und Väter	13,6	10,2	– 2,5	1,7	– 16,6	– 4,2
insgesamt	15,7	10,6	– 3,1	– 3,5	– 5,5	– 0,6
Tage						
Ambulante Leistungen	12,4	14,4	– 30,7	– 1,4	– 16,6	6,4
Stat. Leistungen o. AR	7,5	7,0	– 8,1	– 16,7	– 7,9	– 11,1
Anschlussreha (AR)	20,1	9,2	9,8	0,6	4,6	3,6
Stat. Leistungen insges.	14,0	8,2	1,8	– 6,4	0,1	– 1,3
Med. Leist. für Mütter und Väter	11,6	9,1	– 4,8	0,2	– 20,0	– 1,5
insgesamt	13,3	9,6	– 6,1	– 4,5	– 6,3	– 0,2
Verweildauer						
Ambulante Leistungen	1,9	1,3	– 7,5	– 2,8	– 0,3	1,3
Stat. Leistungen o. AR	– 4,3	0,8	– 7,2	6,5	– 1,0	2,3
Anschlussreha (AR)	– 3,6	– 3,1	– 1,3	– 3,5	– 1,4	– 0,9
Stat. Leistungen insges.	– 3,9	– 1,4	– 3,8	0,1	– 1,5	– 0,2
Med. Leist. für Mütter und Väter	– 1,8	– 1,0	– 2,4	– 1,4	– 4,0	2,8
insgesamt	– 2,1	– 0,9	– 3,1	– 1,0	– 0,8	0,3

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

**Ambulante Leistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen,
medizinische Vorsorge- und Rehabilitation für Mütter und Väter**
– gesetzliche Krankenversicherung –

Ausgaben in Mio. Euro	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ambulante Leistungen	114	128	109	98	88	104
Stat. Leistungen o. AR	764	812	811	722	571	483
Anschlussreha (AR)	1.183	1.279	1.369	1.458	1.619	1.624
Stat. Leistungen insges.	1.946	2.091	2.181	2.180	2.190	2.107
Med. Leist. für Mütter und Väter	385	421	410	400	386	359
insgesamt	2.446	2.640	2.699	2.679	2.664	2.570
insgesamt ohne ambulante Leist.	2.332	2.512	2.591	2.580	2.576	2.466
Ausgaben je Mitglied in Euro						
Ambulante Leistungen	2,25	2,52	2,13	1,92	1,73	2,04
Stat. Leistungen o. AR	15,07	15,95	15,90	14,17	11,20	9,52
Anschlussreha (AR)	23,33	25,11	26,83	28,59	31,77	32,00
Stat. Leistungen insges.	38,40	41,05	42,73	42,76	42,96	41,52
Med. Leist. für Mütter und Väter	7,60	8,26	8,03	7,84	7,57	7,07
insgesamt	48,25	51,84	52,89	52,53	52,26	50,63
insgesamt ohne ambulante Leist.	46,00	49,32	50,76	50,60	50,54	48,59
Veränderungen gegenüber dem Vorjahreszeitraum in %						
Ausgaben absolut	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ambulante Leistungen	– 1,2	12,6	– 5,2	– 9,9	– 10,4	17,8
Stat. Leistungen o. AR	13,1	6,3	– 0,1	– 11,0	– 21,0	– 15,3
Anschlussreha (AR)	10,1	8,1	7,1	6,5	11,1	0,3
Stat. Leistungen insges.	11,2	7,4	4,3	0,0	0,4	– 3,8
Med. Leist. für Mütter und Väter	14,2	9,2	– 2,6	– 2,4	– 3,5	– 7,1
insgesamt	11,0	7,9	2,2	– 0,8	– 0,6	– 3,5
insgesamt ohne ambulante Leist.	11,7	7,7	3,1	– 0,4	– 0,2	– 4,3
Ausgaben je Mitglied						
Ambulante Leistungen	– 0,9	12,1	– 15,4	– 9,8	– 10,4	18,3
Stat. Leistungen o. AR	13,5	5,8	– 0,3	– 10,9	– 21,0	– 15,0
Anschlussreha (AR)	10,4	7,6	6,9	6,6	11,1	0,7
Stat. Leistungen insges.	11,6	6,9	4,1	0,1	0,5	– 3,4
Med. Leist. für Mütter und Väter	14,6	8,7	– 2,8	– 2,3	– 3,5	– 6,7
insgesamt	11,4	7,4	2,0	– 0,7	– 0,5	– 3,1
insgesamt ohne ambulante Leist.	12,1	7,2	2,9	– 0,3	– 0,1	– 3,9

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

3.12 Leistungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung

Die Rentenversicherung hat nicht nur viele der maßgeblichen Rehabilitationskonzepte für die medizinische Rehabilitation entwickelt, sondern auch die Planung der hierfür erforderlichen Angebote und Einrichtungen übernommen. Obwohl ambulanten Rehabilitationsleistungen nach Möglichkeit – nicht zuletzt zum besseren Bezug auf das individuelle Berufsleben – der Vorzug zu geben ist, bleibt die Vorhaltung eines stationären Versorgungsangebots unverzichtbar. Die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung soll, wenn sie in der Sache geboten ist und Rehabilitationsfähigkeit vorliegt, so früh wie möglich erfolgen.

Den Rentenversicherungsträgern stehen im ambulanten sowie im stationären Bereich die erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung, die im Einzelfall unter Berücksichtigung des jeweiligen individuellen Reha-Bedarfs des/der Versicherten ausgewählt werden können. Dabei sind sowohl die trägereigenen Kliniken als auch die Vertragseinrichtungen auf die spezifischen Belange behinderter Menschen ausgerichtet. Die Barrierefreiheit ist – auch – im Kommunikationsbereich gewährleistet.

Sowohl bei der Höhe als auch bei der Berechnung des Übergangsgeldes ist es nunmehr unerheblich, ob die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in stationärer, teilstationärer oder ambulanter Form durchgeführt werden. Die Aufwendungen für die Zahlung von Übergangsgeld während der Ausführung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in den letzten Jahren leicht gesunken, während die Aufwendungen für das

Übergangsgeld während der ambulanten/teilstationären Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend anstiegen. Auch hierdurch wird verdeutlicht, dass die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zunehmend ambulante/teilstationäre Leistungen bewilligen.

Die zur Versorgung Unfallverletzter notwendigen Akut-, Fach- und Rehabilitationskliniken sowie sonstigen Rehabilitationsdienste stehen in dem erforderlichen Umfang und der gebotenen Qualität – wohnortnah – zur Verfügung. Ein Mangel besteht – nach Auskunft des Bundesverbandes der Unfallkassen – an Rehabilitationseinrichtungen mit einem gleichzeitigen Angebot an berufsbezogener Rehabilitation, in denen noch während der stationären Maßnahme ein auf die bisherige Erwerbstätigkeit bezogenes Training durchgeführt oder den Rehabilitanden Gelegenheit gegeben wird, sich durch Erprobung in anderen Tätigkeitsfeldern beruflich umzuorientieren.

In den letzten Jahren ist eine Zunahme der zur Verfügung stehenden ambulanten Rehabilitationseinrichtungen zu verzeichnen. In Sachsen stehen ambulante Rehabilitationseinrichtungen bereits in ausreichender Zahl zur Verfügung. Nicht ausreichend gewährleistet ist jedoch die ambulante neuropsychologische und psychotherapeutische Versorgung. Abschließende Aussagen zur Qualität sowie zu einer möglichen Kostenreduzierung lassen sich zurzeit – mangels vorliegender Vergleichsdaten – auch von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung nicht machen. Entsprechend dem Sicherstellungsauftrag des § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX bedarf es auch hier besonderer Anstrengungen der Verantwortlichen, den Versorgungsgrad bedarfs- und insbesondere indikationsgerecht zu erhöhen.

Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung*

Jahr	insgesamt		
	Leistungen insgesamt	Veränderung zum Vorjahr in %	je 1 000 Beschäftigte
1997	629.752	– 38,4	23
1998	642.436	2,0	23
1999	717.388	11,7	27
2000	835.878	16,5	30
2001	892.687	6,8	32
2002	894.347	0,2	32
2003	845.618	– 5,4	31

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

Quelle: VDR

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

Jahr	Ausgaben in Euro	Veränderung gegenüber Vorjahr
1997	2.898.120.336	
1998	2.947.992.214	1,72 %
1999	3.032.933.057	2,88 %
2000	3.415.215.375	12,60 %
2001	3.508.487.360	2,73 %
2002	3.557.265.553	1,39 %
2003	3.498.164.061	- 1,66 %

Ergebnisse der Kontengruppen 40 bis 42 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), der Kontengruppe 46 (Nicht begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI) und der Kontengruppe 47 (Begrenzte sonstige Leistungen nach § 31 SGB VI) ohne Ergebnis der Kontenart 475 (Zuwendungen für Einrichtungen).

Quelle: VDR

3.13 Stufenweise Wiedereingliederung

Die stufenweise Wiedereingliederung ist ein im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bereits seit Jahren bewährtes Instrument. Versicherte können bei schrittweiser Wiederaufnahme ihrer bisherigen Tätigkeit grundsätzlich Krankengeld nach § 44 SGB V wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit – auch ohne einen Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – erhalten. Seit 1. Juli 2001 ist für alle weiteren Träger der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestimmt, dass sie ihre Leistungen auf die Ziele der stufenweisen Wiedereingliederung auszurichten haben (§ 28 SGB IX).

Durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen wurde ein neuer Absatz 5 an § 51 SGB IX angefügt. Entsprechend dem Gebot der vollständigen und umfassenden Leistungserbringung nach § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX soll der primär zuständige Rehabilitationsträger auch für eine unmittelbar an die Rehabilitation anschließende stufenweise Wiedereingliederung zuständig sein. Durch die Neuregelung wurde für die Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung die Möglichkeit geschaffen, auch nach dem Abschluss von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld zu zahlen, wenn sich eine stufenweise Wiedereingliederung hieran unmittelbar anschließt. Mit dem Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung soll mit relativ geringen Mitteln und niedrigem Verwaltungsaufwand die Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz erreicht werden.

Die Berufsgenossenschaften haben sehr gute Erfahrungen mit dem Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung gemacht. Die Möglichkeit der medizinischen Arbeits- und Belastungserprobung wird mit gutem Erfolg durchgeführt. Insbesondere bei Verletzungen der unteren Extremitäten ist sie in vielen Branchen ein bewährtes Mittel, den Versicherten dauerhaft wieder beruflich einzugliedern.

3.14 Fortschritte in der Notfall- und Intensivmedizin

Auf dem Gebiet der Notfall- und Intensivmedizin gab es in den vergangenen Jahrzehnten bedeutende Fortschritte: Selbst nach schweren Hirnverletzungen und -erkrankungen überleben heute mehr Menschen als je zuvor. Nur unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Rehabilitation können Betroffene mit schwersten Verletzungen wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden. Deswegen fördert das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den Bau einer Abteilung für querschnittgelähmte Menschen am Neurologischen Rehabilitationszentrum „Godeshöhe“ in Bonn. Die dauerhafte Eingliederung querschnittgelähmter Menschen erfordert immer wiederkehrende lebenslange Rehabilitationsmaßnahmen.

3.15 Frührehabilitation und Krankenhausbehandlung

Schon lange ist erkannt, dass Rehabilitationserfolge und -chancen umso größer sind, je frühzeitiger und umfassender die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe einsetzen (so genannte Rehabilitation des ersten Tages). Die Erfahrungen zeigen, dass die frühe Rehabilitation zu einer Verkürzung der Behandlungsdauer, zu einer früheren Wiedereingliederung in die Gesellschaft und ggf. in den Arbeitsprozess und damit zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Rehabilitanden geführt hat.

Zugleich werden durch eine frühestmöglich einsetzende Rehabilitation die Gesamtkosten der Behandlung reduziert, wodurch der kurz- und langfristige ökonomische Nutzen für die Rehabilitationsträger und die Versicherten-gemeinschaft steigt. Im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wurden trägerübergreifend „Rahmenempfehlungen zur umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen“ erarbeitet, die kurz vor ihrer Veröffentlichung stehen.

Eine erfolgreiche Rehabilitation setzt daher voraus, dass sich – neben den Vertragsärzten – die Krankenhäuser als erstes Glied in der Rehabilitationskette verstehen und – wo angezeigt – frührehabilitative Leistungen in die Akutbehandlung integrieren. Der Grundsatz der frühzeitigen Einleitung der gebotenen Leistungen bedeutet, dass Rehabilitation als Behandlungsauftrag bereits während der Akutbehandlung einsetzen muss.

Mit der Entwicklung dieser Konzeption und der Förderung entsprechender Modellprojekte hatte das damalige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eine Vorreiterrolle übernommen. Gefördert wurden z. B. Projekte in Ingolstadt, Meppen, Kempen, Witten-Herdecke, Eschweiler, Hamburg und Heide. Um die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu unterstützen, fördert das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung entsprechende Modelleinrichtungen, z. B. in Pasewalk. Geplant ist derzeit der Bau einer Abteilung für fachübergreifende Frührehabilitation im Krankenhaus Bremen-Mitte.

Durch die ausdrückliche Einbeziehung von Frührehabilitationsleistungen in die akutstationäre Behandlung hat der Gesetzgeber in § 39 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. § 107 Abs. 1 SGB V klar gestellt, dass im Einzelfall auch erforderliche und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzende Leistungen zur Frührehabilitation Bestandteil der Krankenhausbehandlung sind. Der Begriff der Frührehabilitation im Sinne des SGB V kennzeichnet die rehabilitativen Maßnahmen, die während der stationär akutmedizinisch-kurativen Behandlung im Krankenhaus erbracht werden, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (§ 11 Abs. 2 SGB V). Daher sind – soweit im Einzelfall erforderlich – bei Aufnahme in das Akutkrankenhaus über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus nun der funktionelle Status, das Rehabilitationspotenzial und der Rehabilitationsbedarf der Menschen in die Diagnosestellung einzubeziehen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenbehandlung zu integrieren. Allerdings ist eine Aufnahme zur Frührehabilitation in ein Krankenhaus bei nicht vorliegendem akutstationärem Behandlungsbedarf nicht akzeptabel und im Rahmen der Fehlbelegungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu überprüfen.

Die Leistungen zur Frührehabilitation dürfen als Teil der Krankenhausleistungen nur so lange erbracht werden, wie eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Ist eine Krankenhausbehandlung nicht mehr erforderlich, sind weiter notwendige ambulante oder stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung durchzuführen.

Monetäre Regelungen für frührehabilitative Leistungen, die im Akutkrankenhaus durchzuführen sind, ergeben sich insbesondere aus der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (FPV 2005), die auch den Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2004 beinhaltet.

Die medizinische Frührehabilitation wird nicht einheitlich untergliedert. Unterteilt wird oftmals nach der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung, der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation (inkl. Phase B), der fachübergreifenden Frührehabilitation und anderen Zweigen der Frührehabilitation. Unabhängig von der Untergliederung sind diese Gebiete der medizinischen Frührehabilitation und damit der Krankenhausbehandlung zuzuordnen, sofern bei einer primär erforderlichen akutstationären Behandlung eine gleichzeitige (Früh-)Rehabilitationsbedürftigkeit und (Früh-)Rehabilitationsfähigkeit besteht. Für die leistungsrechtliche Zuordnung ist dieser Begriff der Frührehabilitation nach dem SGB V vorrangig vor anderen gebräuchlichen Verwendungen des Begriffes „Frührehabilitation“, z. B. vor der Phaseneinteilung nach den Empfehlungen der BAR im Bereich der neurologischen Rehabilitation.

Der geltenden Rechtslage, die die Erbringung von frührehabilitativen Maßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung vorsieht, ist auch im Rahmen der Einführung eines diagnoseorientierten Fallpauschalensystems durch die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, Verband der privaten Krankenversicherung) Rechnung zu tragen. Mit den Fallpauschalenkatalogen 2004 und 2005 wurden wichtige Schritte für eine Anpassung des australischen Ausgangssystems an deutsche Verhältnisse gemacht. Für eine noch sachgerechtere Abbildung frührehabilitativer Leistungen wird ab dem Jahr 2005 die Abgrenzung von Leistungen der Frühmobilisation im Operationen- und Prozedurenschlüssel weiter differenziert.

3.16 Frührehabilitation beugt Behinderungen vor und senkt Kosten

Aufwendungen für Behandlungen und Langzeitpflege, z. B. bei Schlaganfall- oder Schädel-Hirn-Trauma-Betroffenen, beanspruchen derzeit etwa 10 Prozent der verfügbaren Finanzmittel im Gesundheitswesen. Ein frühestmöglicher Rehabilitationsbeginn trägt dazu bei, bleibende Behinderungen zu verhindern oder zu mildern. Damit können beispielsweise auch die Kosten für die Langzeitpflege reduziert werden. Untersuchungen belegen, dass ohne konsequent durchgeführte Rehabilitation nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma nur rund 30 Prozent aller Betroffenen erfolgreich beruflich oder schulisch wieder eingegliedert werden können. Demgegenüber lag bei den Menschen, bei denen die Rehabilitation konsequent durchgeführt wurde, die Zahl der erfolgreich beruflich wieder eingegliederten Erwachsenen bei über 60 Prozent und die Zahl der schulisch oder beruflich wieder eingegliederten jugendlichen Rehabilitanden bei über 70 Prozent.

Insgesamt betrachtet ist der ökonomische Nutzen der Frührehabilitation als hoch einzustufen. Die dargelegten Zahlen lassen nicht nur das Potenzial einer sachgerechten Behandlung und Rehabilitation schädel-hirn-verletzter Menschen zur Einsparung von Kosten im Gesundheitswesen, sondern auch ihre enorme Bedeutung aus volkswirtschaftlicher Sicht erkennen.

Eine wissenschaftliche Begleituntersuchung kam in seiner Kostenanalyse zu folgenden Ergebnissen:

Die Kosten für die Behandlung während des gesamten stationären Aufenthalts reduzierten sich bei Menschen mit großem Rehabilitationsbedarf um 19,2 Prozent (3 579,04 Euro) und bei weniger rehabilitationsbedürftigen Menschen um 38,4 Prozent (7 158,09 Euro) pro Fall.

Die Kosten für die ärztliche/therapeutische Behandlung während der ambulanten Rehabilitationsphase reduzierten sich bei Menschen mit großem Rehabilitationsbedarf um 36 Prozent (766,94 Euro), bei Menschen mit geringerem Rehabilitationsbedarf um 72 Prozent (1 533,88 Euro).

Die Kosten für Arbeitsunfähigkeitstage (ohne medizinische Kosten) verringerten sich bei beiden Reha-Gruppen im Durchschnitt um 60,7 Prozent (16 361,34 Euro).

Bei den Gesamtkosten, also Akutbehandlung, stationäre und ambulante Rehabilitation, ärztliche Behandlung, Kosten der Arbeitsunfähigkeit, Kosten für Hilfsmittel, ergaben sich Einsparungen in Höhe von rund 43 Prozent (etwa 40 600,00 DM = 20 758,45 Euro) bei Menschen mit hohem Rehabilitationsbedarf und rund 52 Prozent (etwa 48 600,00 DM = 24 848,79 Euro) bei Menschen mit geringerem Rehabilitationsbedarf.

Für die Krankenversicherung verringerten sich die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Fall bei Menschen mit hohem Rehabilitationsbedarf um 28 Prozent und bei Menschen mit geringerem Rehabilitationsbedarf um 22 Prozent.

Für die Rentenversicherung verringerten sich die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Fall bei Menschen mit hohem Rehabilitationsbedarf um 53 Prozent und bei Menschen mit niedrigerem Rehabilitationsbedarf um 44 Prozent.

Neben diesen wirtschaftlichen Aspekten ist festzuhalten, dass die Rehabilitanden durch optimale Rehabilitation und verkürzte Behandlungsdauer nicht nur mehr Lebensqualität erfahren haben, sondern auch wesentlich früher wieder eingegliedert werden konnten.

3.17 Anschlussrehabilitation

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 so genannte 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 eine dahin gehende Erfolgsaussicht bestehen, dass durch die Maßnahme die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann. Außerdem müssen die speziellen medizinischen Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu gehört, dass die Akutphase der Krankheit abgeklungen und die Wundheilung (z. B. nach Operation) abgeschlossen ist. 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.

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.

3.18 Sozialmedizinische und psychologische Begutachtung

Um behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen passgenaue Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe anbieten zu können, ist für alle Rehabilitationsträger eine umfassende sozialmedizinische und bei Bedarf auch psychologische Begutachtung der Gesundheitsprobleme der betroffenen Menschen wichtig. Sie ist deshalb in § 14 Abs. 5 SGB IX ausdrücklich für den Sachverständigen vorgeschrieben. Hierbei geht es auch um eine mögliche Prognose einschließlich der beruflichen Perspektive.

Im Rahmen ihrer Zusammenarbeit sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchzuführen (§ 13 Abs. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Mit der am 22. März 2004 abgeschlossenen gemeinsamen Empfehlung der BAR für die „Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen“ (gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“) wurden trägerübergreifende Grundsätze der Begutachtung vereinbart. Sie trat am 1. Juli 2004 in Kraft.

Danach sind Gutachten grundsätzlich so zu gestalten, dass die erhobenen Befunde und Beurteilungen auch bei der Prüfung der Voraussetzungen für Leistungen anderer Rehabilitationsträger verwendet und so Belastungen der betroffenen Menschen durch unnötige (Mehrfach-)Begutachtungen vermieden werden können. Hierfür bietet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller sozialmedizinisch relevanten Aspekte einer Person in ihrem jeweiligen Umfeld. So ist eine flexible Anwendung und Übertragung der entwickelten Grundsätze unter Berücksichtigung des konkreten Begutachtungsgrundes und der trägerspezifischen Anforderungen auf die jeweilige Begutachtungssituation möglich. Es wird angestrebt, dass in den gemeinsamen Empfehlungen auch Einzelheiten vereinbart werden, die sicherstellen, dass etwa auch in den Fällen, in denen mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind oder Zuständigkeiten wechseln, erneute Begutachtungen vermieden werden. Es ist notwendig, die Dominanz medizinisch geprägter Terminologie und medizinisch geprägter Fragestellungen abzubauen, um dem umfassenden Ansatz des SGB IX und

den dadurch notwendigen, unterschiedlichen Ansatzpunkten von Leistungen zur Teilhabe Rechnung zu tragen; insbesondere Fragen beruflicher Einsatzmöglichkeiten haben bisher nicht das ihnen tatsächlich zukommende Gewicht.

3.19 Gleichberechtigter Zugang von behinderten Frauen und Männern zu Gesundheitsdiensten

Das Gesundheitswesen in Deutschland gewährleistet den gleichberechtigten Zugang von Frauen und Männern zu Gesundheitsdiensten und Einrichtungen unabhängig von Geschlecht, Alter, sozialem Stand und Behinderung. Hierzu gehört auch, dass spezifische Probleme und Anforderungen für die gesundheitliche Versorgung, die sich aus Art oder Umfang von Behinderungen ergeben, zu berücksichtigen sind.

Die durch das SGB IX eingeführte Regelung in § 17 SGB I, wonach Sozialleistungen grundsätzlich in barrierefreien Räumen zu erbringen sind, wurde insbesondere im Bereich der medizinischen Versorgung bislang kaum umgesetzt.

Aus Sicht der Bundesregierung sind weitere Anstrengungen zu unternehmen, um eine tatsächliche Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung auch hinsichtlich barrierefreier Arztpraxen oder therapeutischer Einrichtungen in ausreichendem Maße zu gewährleisten. Dabei geht es nicht nur um die tatsächliche bauliche Umgestaltung, sondern auch um Öffnung für die spezifischen Belange von Menschen mit Behinderung. Auf Menschen mit geistiger Behinderung, mit Kommunikationsproblemen oder auch auf blinde Menschen sind die Praxen nicht ausreichend eingestellt. Ärzte und therapeutisches Personal sind verunsichert und wissen nicht, wie sie mit diesen Personengruppen umgehen sollen.

Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 18. November 2004 gehört es zu den Pflichten des behandelnden Arztes, die Ergebnisse der Untersuchung dem Patienten schriftlich zugänglich zu machen, wenn eine mündliche Erläuterung der Diagnose wegen der Schwerhörigkeit des Patienten nicht ausreicht.

Eine umfassende Übersicht über barrierefreie Arztpraxen liegt bisher nicht vor. Von einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen wird zumindest die Information angeboten, ob eine Praxis rollstuhlgeeignet oder rollstuhlgerecht ist.

Insbesondere Frauen mit Behinderungen beklagen, dass die Mehrzahl gynäkologischer Arztpraxen in Lage und Ausstattung nicht barrierefrei sei. Hinzu kommt, dass das medizinische Fachpersonal wenig vorbereitet ist auf den Umgang mit behinderten Frauen. Die Fachkenntnis beispielsweise zu Wechselwirkungen und langfristigen Auswirkungen, die bei Medikamentenverordnungen aufgrund chronischer Erkrankungen auftreten können, ist häufig unzureichend. Das trifft beispielsweise auf die Wechselwirkung zwischen Medikamenten und Verhütungsmitteln zu. Das gilt auch für die unterschiedliche Wirkungsweise von Medikamenten bei behinderten Frauen und Männern.

3.20 Hilfsmittel als wesentlicher Bestandteil der medizinischen Versorgung behinderter Menschen

Hilfsmittel als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind in unserer Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten genauso selbstverständlich Teil des Lebens behinderter Menschen geworden, wie Hilfsmittel in der Gesellschaft insgesamt akzeptiert sind. Die umfassende Versorgung mit Hilfsmitteln hat für Menschen mit Behinderung eine überragende Bedeutung. Sind Hilfsmittel notwendig, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern sowie eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen (soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind), werden die Hilfsmittel durch die jeweils zuständigen Träger erbracht. Nach der Begründung im Regierungsentwurf zum SGB IX rechnen zu den Hilfsmitteln auch Blindenführhunde sowie Hilfsmittel zur Wahrnehmung von Aufgaben der Familienarbeit.

Innerhalb der medizinischen Rehabilitation ergeben sich teilweise unterschiedliche Zuständigkeiten für die Versorgung von Hilfsmitteln, beispielsweise im Verhältnis der Krankenkassen zu den Trägern der Rentenversicherung. Die Krankenkassen erbringen gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V Hilfsmittel allgemein, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die Hilfsmittelerbringung durch die Träger der Rentenversicherung erfolgt nach § 9 SGB VI nur im Rahmen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

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. Diese Abgrenzungsprobleme führten bislang zu Problemen und Verzögerungen bei der Versorgung behinderter Menschen mit den notwendigen Hilfsmitteln.

Für den Bereich der Krankenversicherung erstellen die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Hilfsmittelverzeichnis, in dem die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten Produkte aufgeführt werden. Die Produkte werden entsprechend ihren Einsatzgebieten insgesamt 34 Gruppen zugeordnet. Es können nur die Produkte in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden, für die der Hersteller den therapeutischen Nutzen, die Funktionstauglichkeit und die Qualität nachgewiesen hat. Die Spitzenverbände der

Krankenkassen haben dementsprechend in den einzelnen Produktgruppen bzw. Produktuntergruppen des Hilfsmittelverzeichnisses Standards formuliert, deren Einhaltung der Hersteller in geeigneter Form nachzuweisen hat.

Das Hilfsmittelverzeichnis ist eine Orientierungshilfe für Leistungsträger, Leistungserbringer und Versicherte. 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, um 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 Menschen 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 der Medizinische Dienst der Krankenversicherung setzt aufgrund guter Erfahrungen intensiver auf den Einsatz von Hilfsmittelberatern im orthopädisch-technischen Bereich. Eine weitgehend vollständige Sammlung aller zur Verfügung stehenden Hilfsmittel enthält die Datenbank REHADAT (www.rehadat.de).

Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt durch verschiedene Modelle. Neben dem Neuerwerb kommt auch der Wiedereinsatz von Hilfsmitteln in Betracht. Sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung verfügen über einen Hilfsmittelpool; damit wird dem Kostenfaktor Rechnung getragen.

Nach § 15 SGB IX kann der Leistungsberechtigte sich die Leistung selbst beschaffen, soweit der zuständige Rehabilitationsträger die Leistung trotz Fristsetzung nicht rechtzeitig erbringt.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung berichten, dass Kosten für Hilfsmittel, die sich Versicherte selbst beschafft haben, aus anderen als den in § 15 SGB IX genannten Gründen in Einzelfällen erstattet wurden. Bisher wurde die Möglichkeit der Selbstbeschaffung der Leistung von behinderten Menschen wenig genutzt.

3.21 Versicherte angemessen versorgen

Im Zusammenhang mit der Hilfsmittelerbringung durch die gesetzlichen Krankenkassen hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 26. März 2003 (KR 23/02 R) ausgeführt, dass eine über die medizinische Rehabilitation hinausgehende berufliche und soziale Rehabilitation auch nach Inkrafttreten des SGB IX Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme bleibt. Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung habe sich durch das SGB IX nicht wesentlich verändert, es sei weiterhin maßgebend.

In der Praxis treten gleichwohl Abgrenzungsfragen im Verhältnis der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zu der Leistungspflicht der Sozialhilfeträger und der Pflegekassen auf. Trotz der inzwischen klarstellenden Rechtsprechung der Sozialgerichte im Zusammenhang mit der Hilfsmittelerbringung für pflegebedürftige Heimbewohner bestehen in der Praxis noch Probleme bei der konkreten Leistungsbewilligung.

Am 17. Dezember 2002 hat das Bundesverfassungsgericht ein Urteil zu den 1989 in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführten Festbeträge für Arzneimittel, Hilfsmittel und Sehhilfen verkündet und damit die Rechtmäßigkeit der Festbeträge bestätigt. Eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip sei mit der Festbetragsfestsetzung nicht verbunden. Versicherte müssen sich nicht mit einer Teilkostenerstattung zufrieden geben. Das Bundesverfassungsgericht stellt darüber hinaus eindeutig fest, dass Medizin und Pharmakologie sowie der Markt sich ständig verändern. Dem ist Rechnung zu tragen, um die Versicherten nach dem jeweiligen Stand der Erkenntnisse und der Technik angemessen zu versorgen. Für Hörgeräte bedeutet dies: Sofern durch die Festbetragsregelung eine ausreichende, zweckmäßige und in der Qualität gesicherte Versorgung als Sachleistung ohne Eigenbeteiligung gewährleistet wird, ist die Kostendifferenz zu teureren Geräten von den behinderten Menschen selbst zu tragen, sofern kein anderer Sozialversicherungsträger zur Leistung verpflichtet ist. Selbsthilfeverbände weisen darauf hin, dass eine ausreichende Versorgung zum Festbetrag nicht überall gewährleistet sei, insbesondere im Bereich der Hörgeräteversorgung für hochgradig hörschädigte Menschen.

3.22 Selbsthilfe durch GKV-Modernisierungsgesetz gestärkt

Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe zählt mittlerweile zu den anerkannten Partnern im Gesundheitswesen. Ihre Angebote ergänzen die medizinischen und sozialen Dienste. Feste Daten über die Anzahl von Selbsthilfegruppen in der Bundesrepublik existieren nicht. Jedoch gehen Schätzungen aufgrund früherer Untersuchungen von ca. 70 000 bis 100 000 Selbsthilfegruppen aus. Davon entfallen zwei Drittel auf die gesundheitliche Selbsthilfe zu fast allen Themenbereichen der medizinischen und psychosozialen Versorgung mit rund 3 Millionen Mitgliedern.

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde auch die Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausgebaut. Durch die Festlegung eines Ausgabewertes für die Förderung von insgesamt rund 36 Mio. Euro

jährlich wurden erstmals verlässliche Rahmenbedingungen für die Unterstützung der Gesundheitsselfhilfe durch die Krankenkassen geschaffen. Die Zusammenarbeit der gesetzlichen Krankenkassen mit der Selbsthilfe hat sich dadurch deutlich verbessert. Hierzu hat auch der gemeinsame Arbeitskreis auf Bundesebene beigetragen, in dem sich die Spitzenverbände der Krankenkassen in Fragen rund um das Förderverfahren eng mit den maßgeblichen Vertretern der Selbsthilfe abstimmen.

Nach § 20 Abs. 4 SGB V fördern die gesetzlichen Krankenkassen auf

- Bundesebene die Selbsthilfeorganisationen bzw. Bundesverbände der Selbsthilfe,
- Landesebene die Selbsthilfeorganisationen bzw. Landesverbände der Selbsthilfe,
- regionaler/örtlicher Ebene die Selbsthilfegruppen und die Selbsthilfekontaktstellen.

Ausgaben der Rehabilitationsträger für die Selbsthilfeförderung in Millionen Euro

	2001	2002	2003
Gesetzliche Krankenversicherung nach § 20 Abs. 4 SGB V ¹	15,7	21,5	24,2
BfA nach § 31 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI ²	3,2	3,2	

Quellen: ¹ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, KJ1; ² BfA

Bereits vor Inkrafttreten des SGB IX wurde die Selbsthilfe von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung gefördert. Von den Rentenversicherungsträgern werden im Rahmen ihres Ermessens Zuwendungen als sonstige Leistungen für Einrichtungen erbracht, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern. Die Höhe der Förderung ist begrenzt. Die Aufwendungen für die Zuwendungen und die Auf-

wendungen für die in der Norm genannten sonstigen Leistungen, wie z. B. stationäre/nichtstationäre Nachsorge und Kinderrehabilitation dürfen insgesamt 7,5 Prozent der Haushaltsmittel für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die ergänzenden Leistungen nicht übersteigen.

Die Bundesknappschaft hat als Trägerin der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Selbsthilfeförderung in den Jahren 2001 und 2002 23 723,94 Euro und im Jahr 2003 25 223,94 Euro auf der Grundlage des § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB VI unter Beachtung der Musterrichtlinien über Zuwendungen durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung aufgebracht.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung arbeiten mit Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, insbesondere bei schwer Schädel-Hirn-Verletzten und Berufserkrankten, zusammen. Das SGB VII enthält zwar keine ausdrückliche Verpflichtung, Selbsthilfegruppen zu fördern. Die Unfallversicherungsträger sind den Versicherten jedoch bei Bedarf behilflich, Kontakte mit entsprechenden Stellen zu knüpfen.

3.23 Rehabilitation durch Selbsthilfe verbessert

Im Zuge einer NAKOS-Befragung 2003 zur Förderung der Selbsthilfekontaktstellen erwiesen sich die Kontakte zwischen den Selbsthilfekontaktstellen und den Rehabilitationskliniken auf der regionalen Ebene als erfreulich zahlreich. So gaben von den 196 befragten Selbsthilfekontaktstellen knapp 90 Prozent an, dass sie Kontakte zu Rehabilitationseinrichtungen bzw. zu (ehemaligen) Rehabilitanden und Rehabilitandinnen haben. Neben den standardisiert abgefragten rehabilitationsbezogenen Kontakten der Selbsthilfekontaktstellen gibt es vielfältige andere Kooperationen mit Rehabilitationseinrichtungen. Hierzu gehören beispielsweise Sprech- und Projektstage, Selbsthilfeausstellungen, aber auch die Beteiligung an Forschungsprojekten.

Aufteilung der Förderung der Selbsthilfe durch die BfA nach § 31 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI

Verband/Einrichtung	2001	2002
Deutsche Krebsgesellschaft und Landesverbände	160.000 Euro	160.000 Euro
Deutsche Rheuma-Liga und Landesverbände	330.000 Euro	330.000 Euro
Sucht: DHS, Landesstellen gegen die Suchtgefahren und Abstinenzverbände	2.250.000 Euro	2.250.000 Euro
Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe f. Behinderte e. V. (BAGH)	161.057 Euro	161.057 Euro
Deutsche Multiple Sklerose-Gesellschaft BV	199.404 Euro	199.404 Euro
Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte	115.300 Euro	115.300 Euro
Andere Verbände	11.504 Euro	11.504 Euro
Summe	3.227.265 Euro	3.227.265 Euro

Quelle: BfA

Es bestehen folgende rehabilitationsbezogenen Kontakte der Selbsthilfekontaktstelle
(n = 196, Mehrfachnennungen waren möglich)

Ehemalige Rehabilitanden wenden sich mit dem Wunsch nach Information zu oder Vermittlung in Selbsthilfegruppen an die Selbsthilfekontaktstelle	154 (79 %)
Die Selbsthilfekontaktstelle informiert auf Veranstaltungen von Rehabilitationskliniken über Selbsthilfe	39 (20 %)
Die Selbsthilfekontaktstelle hat Kontakte zum Personal von Rehabilitationskliniken und informiert über Funktion und Arbeitsweise von Selbsthilfegruppen und/oder Selbsthilfekontaktstellen	86 (44 %)
Broschüren zum Thema Selbsthilfe werden in der/den Reha-Klinik(en) und/oder bei Veranstaltungen ausgelegt	90 (46 %)
Sonstige rehabilitationsbezogene Kontakte der Selbsthilfekontaktstelle (z. B. Ausstellungen etc.)	25 (13 %)
Keine Kontakte zu Reha-Kliniken	22 (12 %)

Quelle: NAKOS

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung fördert ein Forschungsprojekt zur „Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationskliniken und Selbsthilfegruppen/-organisationen“ (VERS). Ausgehend von einer Befragung aller Rehabilitationskliniken in Deutschland werden Kooperationsmodelle evaluiert und auf ihre Übertragbarkeit geprüft. Auf der Grundlage der ermittelten Ergebnisse soll ein allgemeines Kooperations- und Vernetzungsmodell für Rehabilitationskliniken und Selbsthilfe entwickelt werden. Eine Veröffentlichung der Forschungsergebnisse ist für Frühjahr 2005 geplant.

§ 29 SGB IX enthält keine eigenständige Verpflichtung der einzelnen Rehabilitationsträger zur Förderung der Selbsthilfe und damit auch nicht zum Ausbau der Förderaktivitäten der Rehabilitationsträger. § 29 SGB IX regelt vielmehr die Verpflichtung der Träger der medizinischen Rehabilitation, die Selbsthilfeförderung – soweit sie erfolgt – nach einheitlichen Grundsätzen zu vollziehen. Der Prozess der Erarbeitung einer „Gemeinsamen Empfehlung für die Förderung der Selbsthilfe nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX“ im Rahmen der BAR hat gezeigt, dass selbst die beabsichtigte Abstimmung der Förderung angesichts der sehr unterschiedlich ausgestalteten Rechtsgrundlagen in den einzelnen Sozialversicherungszweigen schwierig ist. § 29 SGB IX und die Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX, die am 1. Juli 2004 in Kraft getreten ist, können im Ergebnis also nur darauf hinauslaufen, die Förderpraxis der anderen Trägergruppen in sachgerechter Weise mit den verbindlichen Vorgaben der Krankenversicherung abzustimmen.

Mit dem Präventionsgesetz werden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, einen Großteil der Fördermittel (mindestens 50 Prozent) im Rahmen einer kassenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zu vergeben. Durch die Einführung der Gemeinschaftsförderung und die weitere Verstärkung der Förderverpflichtung wird die zuverlässige Bereitstellung der Fördermittel gewährleis-

tet. Darüber hinaus wird das Antragsverfahren durch die Bündelung der Förderanträge bei den Fördergemeinschaften für die Antragsteller erheblich erleichtert.

3.24 Disease-Management-Programme verbessern Behandlungsabläufe

Chronische Erkrankungen wie insbesondere die so genannten Volkskrankheiten sind eine der wesentlichen Ursachen für spätere Behinderung oder sind Begleitsituation von Behinderung. Strukturierte Behandlungsprogramme sollen dazu beitragen, die derzeitige Versorgung insbesondere bei sektorübergreifendem Behandlungsbedarf zu verbessern.

Das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001 sieht vor, dass die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) für chronisch Kranke durch die Krankenkassen im Risikostrukturausgleich (RSA) finanziell gefördert werden soll. In der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) sind die Krankheiten sowie die u. a. medizinischen und qualitativen Anforderungen an die Programme festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den gesetzlichen Auftrag, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Rechtsverordnung geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden, sowie die fachlichen Anforderungen an die Behandlungsprogramme zu empfehlen.

Ziel strukturierter Behandlungsprogramme ist es, den Behandlungsablauf chronisch kranker Menschen durch eine qualitätsgesicherte und sektorübergreifende Versorgung zu optimieren. In diesen Programmen werden Behandlungsmethoden eingesetzt, die in wissenschaftlichen Studien auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind. Die betroffenen Menschen erhalten somit eine Versorgung, die das Risiko von Folgeschäden und

akuten Verschlechterungen der Krankheit so weit wie möglich verhindert und ihre Lebensqualität verbessert. Darüber hinaus profitieren die betroffenen Menschen durch die in den Programmen geförderte Zusammenarbeit der Leistungserbringer (z. B. Hausarzt, qualifizierter Facharzt oder Schwerpunktpraxis, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung). Es gibt Überweisungsregeln mit Vorgaben, in welchen Fällen Menschen in der jeweiligen Einrichtung behandelt werden sollen; damit wird gewährleistet, dass sie zum richtigen Zeitpunkt an der richtigen Stelle behandelt werden.

An den Programmen können sowohl behinderte als auch nichtbehinderte Versicherte teilnehmen. Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass der behandelnde Arzt die Diagnose der jeweiligen chronischen Krankheit schriftlich bestätigt und die Menschen zur aktiven Teilnahme (z. B. regelmäßige Wiedervorstellung beim behandelnden Arzt, Teilnahme an Schulungen) bereit sind, da der Erfolg eines strukturierten Behandlungsprogramms wesentlich von der aktiven Teilnahme des Versicherten abhängt.

Das Angebot der strukturierten Behandlungsprogramme wird von den Versicherten intensiv wahrgenommen. Inzwischen hat sich z. B. schon über eine Million Versicherte in strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs eingeschrieben. Die Prüfung der Zulassung der Programme für die koronare Herzkrankheit läuft derzeit im großen Umfang an. Es zeichnet sich ein großes Interesse der Kassen ab, ihren Versicherten die Teilnahme an einem DMP für koronare Herzkrankheit anzubieten.

3.25 Rehabilitation psychisch kranker oder behinderter Menschen verbessert

Im Mai 2001 wurden im Rahmen einer Expertenanhörung vor dem BT-Ausschuss Gesundheit erhebliche Fortschritte in der psychiatrischen Versorgung festgestellt. Hervorgehoben wurde beispielsweise vor allem der Abbau von über 50 Prozent der Krankenhausbetten, die Dezentralisierung der stationären Versorgung durch Aufbau von ca. 160 psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die Senkung der stationären Verweildauer auf 20 bis 40 Tage sowie die Zunahme der Nervenärzte um das Vierfache. Ebenso wurden kommunale Versorgungsstrukturen wie sozialpsychiatrische Dienste, betreute Wohnformen, Übergangswohnheime, tagesstrukturierende und arbeitsintegrierende Hilfen erheblich ausgebaut.

Gleichwohl stellte der Deutsche Bundestag in seiner Entscheidung vom 26. Juni 2002 fest, dass trotz nicht zu leugnender Fortschritte durch die Psychiatriereform nach wie vor Benachteiligungen psychisch kranker Menschen bestehen und die Versorgungssituation weiter verbessert werden muss. Weiterer Handlungsbedarf wurde u. a. in der Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ sowie in der Früherkennung psychotischer Erkrankungen bei jungen Menschen gesehen.

Die seit 1993 bestehenden Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

sind – möglichst gemeindenah – mit einem spezifischen therapeutischen Milieu auszustatten. In den RPK sollen sowohl medizinische als auch berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation bei begleitender psychosozialer Betreuung erbracht werden. Dazu halten sie integrierte Komplexeleistungen durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam vor. RPK-Einrichtungen richten sich vor allem an schwer und/oder chronisch psychisch kranke Menschen. Der Indikationsbereich umfasst vorwiegend schizophrene und affektive Psychosen sowie schwere Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen.

Nach einer Erhebung der BAR existierten im Jahre 2000 insgesamt 42 RPK-Einrichtungen mit 827 Plätzen, die Leistungen stationär und zunehmend auch ambulant erbrachten. Ein neues RPK-Konzept, das zurzeit von der BAR erarbeitet wird, verbindet ausdrücklich die ambulante Rehabilitation mit der stationären Rehabilitation sowie die medizinische Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dies ist eine vorbildliche Integration sonst separater Bausteine, die den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen Rechnung trägt.

Für den Indikationsbereich der bisher vorwiegend stationär durchgeführten „psychosomatischen“ Rehabilitation ist mit der von der BAR beschlossenen und zum 1. April 2004 in Kraft getretenen „Rahmenempfehlung zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen“ eine Übertragung der Konzepte der stationären, vorwiegend „psychotherapeutischen“ Rehabilitation auf das ambulante (wohnortnahe) Setting gelungen.

3.26 Behinderung und Sucht

Gemäß der Definitionen der WHO (ICD 10 wie ICF) zählen suchtkranke Menschen zu den Menschen mit einer „seelischen Behinderung“. Suchtkranke haben in Deutschland einen Rechtsanspruch auf Hilfe. Der somatisch geprägte Krankheitsbegriff (Ausrichtung gesundheitlicher Leistungen an der Wiederherstellung der Gesundheit) des SGB V ist hierbei zu erweitern um die sozialen und psychischen Dimensionen mit dem Ziel der möglichst uneingeschränkten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. In diesem Zusammenhang stellt die Förderung der körperlichen, psychischen und seelischen Gesundheit und die Abwehr entsprechender Gefährdungen eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitspolitik im Suchtbereich dar. In der Suchtkrankenhilfe wurde in den vergangenen 30 Jahren in Deutschland ein hochwertiges und differenziertes Behandlungssystem entwickelt. Dieses System umfasst aufsuchende, niedrigschwellige Hilfen sowie ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote. Außerdem gehörten hierzu eine Entzugsbehandlung und eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung sowie nachstationäre Betreuungsangebote im Rahmen der Integration (z. B. betreutes Wohnen, Projekte zur beruflichen Rehabilitation, Nachsorge und Selbsthilfegruppen). Auch für chronisch Kranke mit ungünstigen Ausgangsbedingungen ist die Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung bzw. die Unterbringung in

einem spezifischen Setting, das längerfristig angelegt sein kann (soziotherapeutisches Heim, Betreutes Wohnen etc.), notwendig.

Die durch das SGB IX eröffnete Möglichkeit, ambulante und teilstationäre Rehabilitation bei entsprechender Indikationsstellung stärker zu nutzen, ist weiter umzusetzen. Bereits in den letzten Jahren ist ein deutlicher Anstieg ambulanter Leistungen zu verzeichnen (1997: 4 108; 2003: 10 931 ambulante Leistungen im Bereich der GRV). Insgesamt wurden von der GRV im Jahr 2003 51 123 Entwöhnungsbehandlungen erbracht, davon 40 341 für Männer und 10 782 für Frauen.

3.27 Sport – wichtiger Bestandteil der Rehabilitation

Rehabilitationssport und Funktionstraining sind ergänzende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie können auch nach Abschluss der eigentlichen medizinischen oder beruflichen Maßnahme erbracht werden.

Ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen trägt wesentlich dazu bei, die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern, Restfunktionen zu mobilisieren, die Ausdauer und Belastungsfähigkeit zu erhöhen und den Betroffenen bei der psychischen Bewältigung ihrer Krankheit und Behinderung sowie den Folgewirkungen zu helfen. Hierbei ist der Gruppeneffekt von besonderer Bedeutung. Er ist gleichermaßen angezeigt bei Einzelschäden an Bewegungsorganen wie auch bei Mehrfachschäden, bei Störungen innerer Organe, bei neurologischen und geistig-seelischen Schädigungen.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung berichten über sehr gute Erfahrungen mit ärztlich verordnetem Rehabilitationssport und über eingetretene Kostenersparnisse, weil Therapiedauer und -häufigkeit infolge des Rehabilitationssports verkürzt bzw. reduziert werden können.

Der Rehabilitationssport erfasst auch spezielle Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins von behinderten oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen.

Die Förderung dieser Übungskurse stellt insoweit auch einen Beitrag zur Umsetzung des Aktionsplanes der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen dar. Die Bundesregierung fördert das Projekt: „SELBST – Selbstbewusstsein für behinderte Frauen und Mädchen“. Wesentliche Aufgaben des Projektes sind die Bestandsaufnahme und Analyse bereits existierender Angebote von Kursen zur Stärkung des Selbstbewusstseins sowie Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse innerhalb und außerhalb des Behindertensports. Ergebnisse von SELBST sollen Curricula für die Übungen als auch für die Ausbildung der künftigen Übungsleiterinnen sein, die im Rahmen des Rehabilitationssports Anwendung finden können.

Im Rahmen des ärztlich verordneten Funktionstrainings in Gruppen wird in der Regel mit Mitteln der Physiotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen wie

Muskeln und Gelenke eingewirkt. Funktionstraining dient der Erhaltung von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Störungen der Funktionen sowie dem Herausögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile. Eine ärztliche Betreuung bzw. Überwachung ist nicht vorgesehen. Es ist lediglich die fachkundige Anleitung und Überwachung durch entsprechendes Fachpersonal erforderlich.

Rehabilitationssport und Funktionstraining sollen in erster Linie „Hilfe zur Selbsthilfe“ bieten. Sie sind nicht als Dauerleistung angelegt.

Die Ausgestaltung der Leistungen im Einzelnen haben die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherungsträger, die gesetzlichen Unfallversicherungsträger sowie der Deutsche Behindertensportverband, die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die Deutsche Rheuma-Liga unter Beteiligung der Interessenvertretung behinderter Frauen „Weibernetz“ und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 geregelt.

Auch nach dem Sozialen Entschädigungsrecht haben Beschädigte Anspruch auf Teilnahme an Versehrtenleibesübungen zur Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Das gilt auch für Personen, die Versorgung nach Gesetzen erhalten, 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 durchgeführt. Für die Durchführung des Versehrtensports sind im Bundeshaushalt für 2004 insgesamt 1,3 Mio. Euro vorgesehen.

Der Deutsche Behindertensportverband erhält aus Bundesmitteln Zuwendungen zur teilweisen Deckung der Verwaltungskosten und für die Durchführung bundesweiter Lehrgänge zur Fortbildung von Übungsleitern und Ärzten für den Rehabilitationssport. Dadurch soll sichergestellt werden, dass der Rehabilitationssport auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung durchgeführt und weiterentwickelt werden kann. Für die Jahre 1998 bis 2003 betragen diese 806 876 Euro. Für das Jahr 2004 waren 224 000 Euro vorgesehen.

3.28 Nachsorgemaßnahmen für Kinder

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden durch den neu eingefügten § 43 Abs. 2 SGB V sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke und schwerstkranke Kinder, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ab 1. Januar 2004 in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Durch diese Maßnahmen soll die im Einzelfall erforderliche Koordination der verordneten Leistungen im häuslichen Bereich sichergestellt werden. Ziel ist, stationäre Aufenthalte im Krankenhaus und/oder in einer Rehabilitationseinrichtung zu verkürzen oder die anschließende ambulante Behandlung zu sichern.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam und einheitlich das Nähere über die Voraussetzungen, unter denen die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen zu leisten sind, sowie zu Inhalt und Qualität der Maßnahmen zu bestimmen. Darüber hinaus legen sie gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen fest (§ 132c SGB V). Mit geeigneten Personen oder Einrichtungen können Verträge über die Erbringung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen geschlossen werden.

4. Vorschul-, Schul- und Hochschulbildung für behinderte Menschen

4.1 Integrative Bildung fördert die Teilhabe

Bildung ist für eine gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in unserer Gesellschaft von besonderer Bedeutung. Aufgabe des Bildungswesens ist, die Bildungsfähigkeit und die Bildungsbereitschaft behinderter Menschen von klein auf unter Berücksichtigung behinderungsspezifischer Belange und Bedürfnisse zu fördern und zu unterstützen. Dabei ist eine Förderung und Betreuung zusammen mit nichtbehinderten Gleichaltrigen wo immer möglich integrationsfördernd und ganz im Sinne der behinderten Menschen und ihrer Angehörigen. Den Besuch von Sonderkindergärten und Sonderschulen empfinden behinderte Menschen und ihre Angehörigen oft als Ausgrenzung. Sie kritisieren, dass nach wie vor kein Rechtsanspruch auf eine integrative schulische Förderung in Fällen besteht, in denen behinderungsspezifische Belange und Bedürfnisse dem Besuch einer allgemeinen Schule nicht grundsätzlich entgegenstehen.

Hervorzuheben ist, dass Länder und Gemeinden gerade in den letzten Jahren den Auf- und Ausbau integrativer Angebotsstrukturen für behinderte Menschen in den Bereichen vorschulischer und schulischer Erziehung und Bildung verstärkt vorangetrieben haben. Gleichwohl reichen diese Angebote noch nicht aus, um allen begründeten Anträgen von Eltern behinderter Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf auf integrative Beschulung Rechnung tragen zu können. In jüngster Zeit gibt es Beschwerden von Eltern und Behindertenvereinen darüber, dass in einigen Ländern Integrationsklassen aus finanziellen Gründen wieder reduziert werden sollen.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die Bemühungen zur Schaffung eines bundesweit bedarfsdeckenden qualifizierten Angebots an integrativen Bildungsangeboten fortgesetzt und wo notwendig intensiviert werden sollten. Um dieses Ziel zu erreichen, wird die Bundesregierung in einen Dialog mit den Ländern eintreten mit folgender Zielstellung:

- Festigung der Stellung der Schule als Ort von Rehabilitation und Teilhabe,
- gemeinsame Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung unter Beachtung des elterlichen Wunsch- und Wahlrechtes.

4.2 Vorurteile abbauen

Durch integrative Förderung und Erziehung lassen sich auch Vorurteile gegenüber behinderten Menschen abbauen. Dies ist besonders wichtig, wenn es sich um psychische Behinderung handelt. Zu diesem Thema hat der Verein Irrsinnig Menschlich e.V. in Leipzig das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ ins Leben gerufen. Seit drei Jahren arbeitet das Projekt erfolgreich mit Schülerinnen und Schülern aller Schulen ab Klasse 9 aufwärts zu diesem Thema. An der Erprobungsphase haben 1 500 Schülerinnen und Schüler aus sieben Bundesländern teilgenommen.

Ziel des Projektes ist zunächst die Sensibilisierung der Schülerinnen und Schüler für das Thema psychische Gesundheit/Krankheit. Nachdem sich die Schülerinnen und Schüler im Unterricht mit dem Thema beschäftigt haben, soll das Projekt der Schulöffentlichkeit präsentiert werden. Das Projekt trägt zur Prävention bei und weckt Offenheit, Verständnis und Toleranz gegenüber psychisch behinderten Menschen. Zugleich ermutigt es Menschen mit psychischer Behinderung, selbstbewusst an der Gesellschaft teilzuhaben. Kern des Schulprojekts ist die Begegnung von Schülern und Menschen mit psychischer Behinderung.

Dieses Projekt ist beispielgebend für eine gelungene präventive Arbeit zum Abbau von Vorurteilen und zum selbstverständlichen Umgang mit seelisch kranken oder behinderten Menschen. Um diesem Thema mehr Gewicht zu verleihen, wird die Bundesregierung an die Länder appellieren, ähnliche Projekte und Maßnahmen zu unterstützen.

4.3 Frühzeitige integrative Förderung verbessert Startbedingungen

Die Chancen für eine erfolgreiche integrative Förderung sind im Kinderkrippen- und Kindergartenalter besonders groß, weil hier Vorurteile und Scheu noch wenig entwickelt sind und die Kinder unbefangen aufeinander zugehen. Dem tragen die verstärkten Bemühungen der Städte, Gemeinden und freien Träger um eine gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder in Regel- und Sonderkindergärten Rechnung. Ziel ist, durch eine frühzeitige Integration die Startbedingungen behinderter Kinder zu verbessern und die Entwicklung sowohl der behinderten wie der nichtbehinderten Kinder zu fördern.

Bundesweit haben sich zur gemeinsamen Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung im Kindergartenalter unterschiedliche Organisationsformen entwickelt:

- Einzelintegration behinderter Kinder im wohnortbezogenen 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 Regelkindergärten als getrennte Organisationsformen, auch mit getrennter Trägerschaft „unter einem Dach“ (additive Form).

4.4 Gesamtsituation der integrativen Förderung

Eine Mischfinanzierung aus Mitteln der Jugend- und Sozialhilfe war in der Vergangenheit in den meisten Ländern ein wesentliches Fundament für den Auf- und Ausbau integrativer Kindergärten. Dem ging die Entschei-

dung voraus, dass für eine qualifizierte gemeinsame Erziehung von behinderten und nichtbehinderten Kindern Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Bundessozialhilfegesetz geleistet werden kann und Regelkindergärten dann als teilstationäre Einrichtungen im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes anzusehen sind, wenn die notwendigen Hilfen für behinderte Kinder gewährleistet sind. Auch in Zukunft wird das Zusammenspiel von Jugend- und Sozialhilfe maßgeblich über Umfang und Qualität integrativer Angebote für Kinder im Vorschulalter entscheiden.

Der Bundesregierung liegen nachfolgende Angaben über die Gesamtsituation im Bereich der integrativen Förderung behinderter Kinder in Deutschland vor:

Tageseinrichtungen für Kinder am 31. Dezember 2002 nach Art der Einrichtung und Art der verfügbaren Plätze

	Integrative Tageseinrichtungen	für Krippenkinder	für Kindergartenkinder	für Hortkinder	Tageseinrichtungen für behinderte Kinder	für Krippenkinder	für Kindergartenkinder	für Hortkinder
Davon nach Art der verfügbaren Plätze								
Ganztagesplätze mit Mittagessen	365.053	44.175	254.614	66.264	9.569	103	6.152	3.314
Darunter Plätze für behinderte Kinder								
Ganztagesplätze mit Mittagessen	32.552	1.673	28.063	2.816	9.569	103	6.152	3.314

Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe Teil III.1, Tabelle 14

Tageseinrichtungen für Kinder am 31. Dezember 2002 nach Art der Einrichtung und Art der verfügbaren Plätze

	Integrative Tageseinrichtungen	für Krippenkinder	für Kindergartenkinder	für Hortkinder	Tageseinrichtungen für behinderte Kinder	für Krippenkinder	für Kindergartenkinder	für Hortkinder
Vor- und Nachmittagsplätze ohne Mittagessen	236.695	671	229.474	6.550	433	56	18	359
Darunter Plätze für behinderte Kinder								
Vor- und Nachmittagsplätze ohne Mittagessen	6.026	26	5.814	186	433	56	18	359

Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe Teil III.1, Tabelle 14

Tageseinrichtungen für Kinder am 31. Dezember 2002 nach Art und nach Ländern

Länder	Integrative Tageseinrichtungen		Tageseinrichtungen für behinderte Kinder	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Deutschland	9.801	20,7	299	0,6
Baden-Württemberg	1.674	22,5	7	0,1
Bayern	883	12,2	1	0,0
Berlin	618	30,4	11	0,5
Brandenburg	158	9,0	23	1,3
Bremen	107	27,0	1	0,3
Hamburg	109	12,1	1	0,1
Hessen	1.543	43,6	4	0,1
Mecklenburg-Vorpommern	139	13,6	9	0,9
Niedersachsen	711	17,1	116	2,8
Nordrhein-Westfalen	1.725	20,1	43	0,5
Rheinland-Pfalz	174	7,4	18	0,8
Saarland	147	29,3	5	1,0
Sachsen	910	34,2	45	1,7
Sachsen-Anhalt	149	8,6	–	–
Schleswig-Holstein	484	29,6	15	0,9
Thüringen	270	19,6	–	–
Früheres Bundesgebiet ohne Berlin	7.557	20,6	211	0,6
Neue Länder ohne Berlin	1.626	19,0	77	0,9

Quelle: Statistik der Kinder- und Jugendhilfe Teil III. I

4.5 Angemessenes Bildungsangebot für behinderte Schülerinnen und Schüler

Alle behinderten Kinder und Jugendlichen müssen eine angemessene Bildung erhalten. Nach den Schulgesetzen der Länder sollen behinderte Kinder und Jugendliche so gefördert werden, dass sie möglichst die Bildungsziele der allgemeinen Schulen erreichen können. Erklärtes Ziel ist, möglichst viele behinderte Kinder und Jugendliche integrativ in allgemeinen Schulen zu fördern. Für die schulische Bildung bedeutet der Grundsatz der Inklusion, dass Konzepte gemeinsamen Lernens und Lebens behinderter und nichtbehinderter Kinder und Jugendlicher – und die Orientierung von Lehrinhalten und Lehrpraxis darauf – an die Stelle des traditionellen Konzeptes der Integration treten sollen. Soweit behinderte Kinder und Jugendliche aus behinderungsbedingten Gründen in allgemeinen Schulen auch mit zusätzlicher Unterstützung nicht hinreichend gefördert werden können, werden sie in Sonderschulen zu den schulischen Zielen geführt, die für sie er-

reichbar sind. Auch dort wird, soweit die Fähigkeiten des behinderten Kindes ausreichen, die Vermittlung von allgemeinen Abschlüssen angestrebt.

Die Sonderschulen (die in einigen Ländern als Förderschulen bezeichnet werden) 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 Kindern und Jugendlichen hinwirken oder nach anderen Formen der Kooperation mit Regeleinrichtungen suchen.

4.6 Schulische Integration ist Aufgabe aller Schultypen

Lernorte und schulische Organisationsformen für Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf haben sich in den letzten Jahrzehnten in unserem Land

zunehmend ausdifferenziert. Aufgrund der Kulturhoheit der Länder verläuft diese Entwicklung jedoch bundesweit unterschiedlich. Dies gilt in besonderem Maße für den gemeinsamen Unterricht behinderter und nichtbehinderter Kinder und Jugendlicher. Unterschiede finden sich z. B. bei

- den schülerbezogenen Zugangskriterien,
- der ressourcenmäßigen Ausstattung und Ausgestaltung,
- den beteiligten Schulstufen und Schulformen,
- der quantitativen Verbreitung und
- dem Einfluss der Erziehungsberechtigten.

So bestimmen unverändert landesspezifische bzw. regionale Bedingungen darüber, was für behinderte Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf möglich ist:

- der Schulbesuch in der wohnortnahen Grundschule „um die Ecke“,
- der Besuch einer wohnbezirksübergreifenden Integrationschule,
- die Unterrichtung in einer ausgelagerten Sonderklasse unter dem Dach einer allgemeinen Schule,
- der Besuch einer Sonderschule mit engen Kooperationsbeziehungen zu einer allgemeinen Schule,
- der Besuch einer Sonderschule.

4.7 Sonderpädagogische Förderung in allgemeinen Schulen

Auf der Grundlage des Beschlusses der Kultusministerkonferenz vom 6. Mai 1994 richtet sich die schulische Bildung von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf bundesweit an folgenden Förderschwerpunkten aus:

- Lernen (früher: Lernbehinderte),
- Sehen (früher: Sehbehinderte und Blinde),
- Hören (früher: Schwerhörige und Gehörlose),
- Sprache (früher: Sprachbehinderte),
- Körperliche und motorische Entwicklung (früher: Körperbehinderte),
- Geistige Entwicklung (früher: Geistigbehinderte),
- Emotionale und soziale Entwicklung (früher: Verhaltensgestörte),
- Förderschwerpunkt übergreifend bzw. ohne Zuordnung (früher: Sonstige) und
- Kranke.

Mit der o. g. Empfehlung haben die Länder vereinbart, sonderpädagogische Förderung auch in allgemeinen Schulen durchzuführen. In Zahlen ausgedrückt ergibt sich folgendes Bild:

Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf nach Förderschwerpunkten und Lernorten 2002

Förderschwerpunkt	in allen Schulen	in allgemeinen Schulen	in Sonderschulen
Lernen	262.389	31.251	231.138
Sehen	6.613	1.852	4.761
Hören	14.518	3.419	11.099
Sprache	44.891	9.646	35.245
Körperliche und motorische Entwicklung	26.483	4.297	22.186
Geistige Entwicklung	70.451	1.981	68.470
Emotionale und soziale Entwicklung	41.012	11.762	29.250
übergreifend/ohne Zuordnung	19.295	1.430	17.865
Kranke	9.592	166	9.426
gesamt	495.244	65.804	429.440

Quelle: Kultusministerkonferenz „Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1993 bis 2002“

Trotz der Tendenz, Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in allgemeinen Schulen zu unterrichten, ist die Zahl der Schülerinnen und Schüler in den Sonderschulen von 1994 bis 2002 um rund 12 Prozent von 382 300 auf 429 440 gestiegen, bei gleichzeitigem Anstieg der Schülerzahlen in allen Schulen.

Insgesamt hat die Zahl der Schülerinnen und Schüler, die einer sonderpädagogischen Förderung bedürfen, in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dies gilt in besonderer Weise für den Schwerpunkt „Emotionale und soziale Entwicklung“. Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen hat sich in nur acht Jahren (1994 bis 2002) verdoppelt.

Seit einiger Zeit ist zu beobachten, dass immer mehr Schülerinnen und Schülern ausländischer Abstammung ein besonderer Förderbedarf im Bereich „Lernen“ attestiert wird und sie dann an Sonderschulen verwiesen werden.

4.8 Sonderschulwesen – fester Bestandteil unseres Schulsystems

Integrationsbemühungen im schulischen Bereich stellen den Erhalt und die Weiterentwicklung der Sonderschulen nicht zwangsläufig infrage. Das Sonderschulwesen ist bisher fester Bestandteil des Schulsystems in der Bundesrepublik Deutschland. Für Kinder, die aus behinderungsbedingten Gründen in Integrationsmaßnahmen nur unzureichend gefördert werden können oder die nach dem Willen ihrer Eltern die Sonderschule mit ihren besonderen Fördermöglichkeiten besuchen sollen, muss auch künftig ein differenziertes Angebot bereitgestellt werden. Diese Auffassung wird durch Ergebnisse von Modellversuchen bestätigt, die gezeigt haben, dass trotz einer zunehmenden Integrationsorientierung die Notwendigkeit fortbesteht, insbesondere für schwerst- und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche eine sonderpädagogische Förderung in speziellen Einrichtungen vorzusehen.

Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf nach Ländern und Lernorten 2002

Länder	in allgemeinen Schulen	in Sonderschulen
Baden-Württemberg	16.628	54.565
Bayern	9.439	63.956
Berlin	5.662	13.744
Brandenburg	4.055	14.261
Bremen	3.036	2.417
Hamburg	1.284	7.570
Hessen	2.818	25.579
Mecklenburg-Vorpommern	1.309	13.218
Niedersachsen	1.170	39.301
Nordrhein-Westfalen	9.755	102.627
Rheinland-Pfalz	1.708	17.416
Saarland	1.170	3.989
Sachsen	1.383	22.834
Sachsen-Anhalt	352	18.523
Schleswig-Holstein	4.343	12.382
Thüringen	1.692	17.058
gesamt	65.804	429.440

Quelle: Kultusministerkonferenz „Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1993 bis 2002“

4.9 Übergang von der Schule in den Beruf verbessern

Ein nicht nur bildungs-, sondern auch sozialpolitisch wichtiges Anliegen ist die bestmögliche Vorbereitung der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf auf ihren Übergang von der Schule in das Arbeits- und Berufsleben. Berufskundlicher und berufsvorbereitender Unterricht und Betriebspraktika in der Endphase der Schulausbildung sowie Vorfeldkontakte zu den Berufsberatern der zuständigen Arbeitsagenturen sind wichtig, reichen aber erkennbar nicht mehr aus, behinderten Sonderschulabsolventen den nahtlosen Einstieg ins Arbeits- und Berufsleben zu ermöglichen.

Um die Probleme beim Übergang abzumildern, ist eine noch engere Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Stellen erforderlich. Diesem Ziel dient die am 15. Oktober 2004 zwischen Kultusministerkonferenz und Bundesagentur für Arbeit abgeschlossene neue Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit von Schule und Berufsberatung.

Die Erstellung eines individuellen Leistungsprofils für jeden Schüler und für jede Schülerin mit sonderpädagogischem Förderbedarf durch die abgebende Schule mit aussagekräftigen fähigkeitsorientierten (und nicht defizitorientierten) Feststellungen und Anmerkungen insbesondere auch zum weiteren individuellen Förderbedarf aus Sicht der Schule sollte nach Meinung der Bundesregierung bundesweit zum Standard erhoben werden. Dies würde der für die weitere Förderung der behinderten jungen Menschen in der Regel zuständigen Bundesagentur für Arbeit die Ersteinschätzung insbesondere der behinderten jungen Menschen erleichtern, die die Schulen ohne einen qualifizierten Bildungsabschluss verlassen.

Nach dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen sollen die Agenturen für Arbeit die Integrationsfachdienste bei der Berufsorientierung und Berufsberatung in den Schulen heranziehen, damit diese den Übergang von der Schule in Ausbildung und Beschäftigung mit ihren speziellen Möglichkeiten aktiv begleiten. Sie haben die auf jeden einzelnen Jugendlichen bezogenen Ergebnisse zu dokumentieren.

Mädchen wählen – trotz im Schnitt besserer Schulabschlüsse und Noten – noch immer „typisch weibliche“ und häufig technikferne Berufsfelder oder Studienfächer und schöpfen damit ihre Berufsmöglichkeiten nicht voll aus. Daraus ergeben sich weit reichende Folgen für Arbeitsmarktchancen, Karriere- und Verdienstmöglichkeiten der Mehrzahl der jungen Frauen sowie für Unternehmen und Betriebe in zukunftsorientierten technischen Branchen, denen ein Mangel an qualifiziertem Nachwuchs droht. Für behinderte Mädchen ist es derzeit noch schwieriger als für nicht behinderte Mädchen, einen möglichst zukunftssicheren Ausbildungsplatz zu finden. Für sie bietet der Girls Day gute Chancen, Kontakte zu Betrieben zu knüpfen. Bislang wurde der Girls Day nur von wenigen Mädchen mit Behinderung genutzt.

Um das Lehrpersonal von Sonder- oder Integrationsschulen für den Girls Day zu sensibilisieren, hat das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Projekt Weibernetz e.V. 2004 den Aufruf „Zukunft auch für behinderte Mädchen absichern! Girls Day nutzen!“ gestartet. Im Rahmen dieses Aufrufs gab es Plakate für die Schulpinnwand und Flyer, die auf den Girls Day aufmerksam machten.

Für Mädchen mit Behinderung ist der Girls Day dreifach sinnvoll: Behinderte Mädchen können in zukunftssichere Bereiche der Berufswelt schnuppern. Sie können ausprobieren, wie sie mit ihrer Behinderung in dem Betrieb zurechtkommen. Und der Betrieb kann Erfahrungen mit behinderten Mädchen sammeln, um diese eventuell später einzustellen. Der Aufruf von Weibernetz e.V. wurde z. B. an alle Kultusministerien der Länder geschickt, die diesen weitergeleitet haben.

4.10 Zugang zur Bildung durch neue Informations- und Kommunikationstechniken

Die Möglichkeiten für den Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechniken zur Bildung und Ausbildung behinderter Menschen 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 Menschen den Zugang zu einer informationstechnischen Bildung.

Moderne Kommunikationstechniken im integrativen Unterricht mit blinden und sehbehinderten sowie elektronische Lernhilfen für körperbehinderte Schülerinnen und Schüler wurden erprobt. Außerdem wurden Computerprogramme für den Unterricht mit hör- und sprachbehinderten jungen Menschen entwickelt.

Es wird in den kommenden Jahren darauf ankommen, die entwickelten Verfahren weiter zu verbessern, in breite Anwendungspraxis umzusetzen und neue Anwendungen dieser Technologien für die verschiedenen Behindertengruppen zu erschließen.

4.11 Chancengleichheit im Hochschulwesen muss erreicht werden

Nach der 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks sind rund 2 Prozent der Studierenden behindert (rund 32 000) und 13 Prozent (rund 208 000) chronisch krank.

Nach dem Hochschulrahmengesetz sollen behinderte Studierende in ihrem Studium nicht benachteiligt werden. Sie sollen Angebote der Hochschule möglichst ohne fremde Hilfe in Anspruch nehmen können. Die Prüfungsordnungen müssen die besonderen Belange behinderter Studierender zur Wahrung ihrer Chancengleichheit berücksichtigen, d. h. den verschiedenen Formen der Behinderung ist durch adäquate Berücksichtigung bei Leistungsnachweisen und Prüfungen Rechnung zu tragen.

Mit dem BGG wurde für studierende behinderte Menschen mehr Chancengleichheit an deutschen Hochschulen

erreicht. Umgesetzt werden kann die Bestimmung zu den Prüfungsordnungen beispielsweise durch Zulassung eines Computers zur Vergrößerung des digitalen Prüfungstextes für einen sehbehinderten Menschen und durch eine behinderungsadäquate Verlängerung der Bearbeitungsdauer im Einzelfall, etwa wenn die Benutzung technischer Hilfsmittel einen zusätzlichen Zeitaufwand für die Bearbeitung verursacht.

Viele Länder haben sich dieses Themas inzwischen angenommen und die erforderlichen landesgesetzlichen Regelungen (zum Teil in eigenen Gleichstellungsgesetzen) verankert.

Zu den Hochschulen, an denen sich die Studienbedingungen für behinderte und chronisch kranke Studierende inzwischen deutlich verbessert haben, gehört die Universität Dortmund. Dort hat das Land Nordrhein-Westfalen von 1997 bis 2000 ein „Pilotprojekt zur didaktisch-strukturellen Verbesserung der Studiensituation behinderter Studierender“ gefördert. Innerhalb dieses Projektes wurde in enger Zusammenarbeit mit den betroffenen Studierenden und der Interessengemeinschaft behinderter und nichtbehinderter Studierender ein ganzheitliches Konzept zur Verbesserung der Studienbedingungen entwickelt, realisiert und evaluiert. Das Projekt konnte inzwischen verstetigt werden und ist heute Bestandteil des „Dortmunder Zentrums Behinderung und Studium“ (www.uni-dortmund.de/dobus).

4.12 eLearning verbessert Studienangebot

Ein Fernstudium bietet Studierenden die Möglichkeit, sich weitgehend zeitlich und räumlich unabhängig mit Lerninhalten vertraut zu machen.

Neben der Fernuniversität Hagen und einigen privaten Fernfachhochschulen bieten auch die staatlichen Präsenzhochschulen zum Teil Fernstudien an. Bund und Länder fördern bereits seit geraumer Zeit den Ausbau des Fernstudiums an Präsenzhochschulen im Rahmen des Förderschwerpunktes „Fernstudium“.

Mittlerweile setzen viele Hochschulen eLearning-Angebote (elektronisches Lernen: Einsatz neuer Medien beim Lernen) ein, wobei diese in der Regel keinen substituierenden Charakter haben, sondern Präsenzangebote vertiefen oder ergänzen. Losgelöst von speziellen eLearning-Angeboten werden zunehmend auch Studienmaterialien, Fachzeitschriften und andere studienbezogene Informationen ausschließlich in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Dies ist auch für behinderte Studenten von Vorteil, wenn die elektronischen Materialien barrierefrei gestaltet sind.

4.13 Sonderregelungen bei der Ausbildungsförderung

Behinderte und nichtbehinderte Studenten haben in gleicher Weise Zugang zur Studienförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz. Zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile enthält das Gesetz bestimmte Sonderregelungen, z. B. Ausnahmen von der Alters-

grenze oder bei der Vorlage von Leistungsnachweisen sowie die Erleichterung der Rückzahlung bei behinderungsbedingten Aufwendungen. Außerdem erhalten behinderte Studierende für den Zeitraum, um den sich das Studium behinderungsbedingt verlängert, Förderleistungen in voller Höhe als Zuschuss und nicht – wie bei der Förderung über die Förderhöchstdauer hinaus ansonsten üblich – als Darlehen. Bei der Anrechnung des Einkommens der Eltern oder des Ehegatten auf den Bedarf können auf Antrag Aufwendungen für behinderte Menschen über die pauschal festgesetzten Freibeträge hinaus berücksichtigt werden, um unbillige Härten zu vermeiden.

5. Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben

5.1 Teilhabe am Arbeitsleben von elementarer Bedeutung

Eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben ist sowohl für jüngere als auch für ältere behinderte Menschen von elementarer Bedeutung. Die berufliche Eingliederung verschafft behinderten Menschen weit mehr als nur eine gesicherte finanzielle Lebensgrundlage; sie gibt Selbstvertrauen und schafft die Grundlage für eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Behinderte Menschen haben die gleichen beruflichen Träume und Ziele wie nichtbehinderte Menschen, die an der Schwelle zum Berufsleben stehen oder sich nach erfolgreicher Eingliederung beruflich fortentwickeln möchten. Nicht wenige Menschen müssen sich während ihres Berufslebens aus gesundheitlichen Gründen beruflich neu orientieren. Ihnen stehen selbstverständlich die gleichen beruflichen Wege und Möglichkeiten offen, die auch von nichtbehinderten Menschen gewählt werden können. Viele behinderte Menschen können ihre beruflichen Ziele trotz bestehender gesundheitlicher Einschränkungen und damit verbundener Erschwernisse aus eigener Kraft oder unter Inanspruchnahme von Sozialleistungen erreichen, die auch von nichtbehinderten Menschen zu ihrer beruflichen Integration in Anspruch genommen werden können.

Wo zur dauerhaften Teilhabe am Arbeitsleben wegen Art oder Schwere der Behinderung besondere behinderungsspezifische Hilfen erforderlich sind, stehen diese als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder als zusätzliche Leistungen für schwerbehinderte Menschen zur Verfügung; sie tragen nach Art und Umfang den besonderen Bedürfnissen des Einzelfalls Rechnung. Vorrangiges Ziel dieser Leistungen ist, behinderten und schwerbehinderten Menschen nach Möglichkeit die Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben zusammen mit nichtbehinderten Menschen an den gleichen Lern- und Beschäftigungsorten und zu gleichen Bedingungen zu ermöglichen.

Im Rahmen der Teilhabeförderung ist den geschlechtsspezifischen Bedürfnissen behinderter Frauen gesondert Rechnung zu tragen, um ihnen gleichberechtigte Teilhabechancen zu eröffnen, z. B. durch wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Teilhabeangebote.

Die Ermittlung der individuellen Fähigkeiten und Stärken eines jeden behinderten Menschen sowie deren Nutzbarmachung und Förderung im Hinblick auf die von ihm angestrebte bestmögliche Teilhabe am Arbeitsleben ist zentrales Anliegen und zugleich Verpflichtung der beruflichen Rehabilitation von heute. Diese fähigkeitsbezogene Sichtweise unterscheidet sich deutlich vom defizitorientierten Rehabilitationsverständnis früherer Jahre, wo anders als heute in erster Linie die Leistungsdefizite eines behinderten Menschen und nicht der Gesamtzusammenhang von individuellen Stärken und Schwächen sowie Fähigkeiten und Defiziten hinterfragt und bewertet wurden.

5.2 Bestmögliche Aus- und Weiterbildung – Ziel der beruflichen Rehabilitation

Den Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt können behinderte Menschen nur dann bestehen, wenn sie gut ausgebildet sind. Erklärtes Ziel der beruflichen Rehabilitation ist daher, behinderten Menschen eine nach individuellen Maßstäben bestmögliche berufliche Aus- und Weiterbildung einschließlich der Vorbereitung hierauf zu ermöglichen. Wie bei der beruflichen Bildung nichtbehinderter Menschen wird auch im Bereich der Teilhabeförderung vorrangig eine betriebliche Ausbildung im Rahmen des dualen Systems in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf nach § 25 Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. § 25 Handwerksordnung (HwO) angestrebt.

Um behinderungsbedingte Benachteiligungen auszugleichen, sollen behinderten Menschen während der Ausbildung und bei der Zwischen- oder Abschlussprüfung besondere Erleichterungen und Lernhilfen eingeräumt werden. Eine entsprechende im BBiG und der HwO enthaltene Regelung wird durch eine vom Hauptausschuss beim Bundesinstitut für Berufsbildung im Mai 1985/April 1989 beschlossene Empfehlung über die Berücksichtigung besonderer Belange behinderter Menschen bei Zwischen-, Abschluss- und Gesellenprüfungen konkretisiert. Wesentlich ist dabei, dass die Prüfungsanforderungen qualitativ nicht verändert werden dürfen. Entsprechendes gilt für berufliche Umschulungen und Fortbildungsprüfungen.

In Fällen, in denen das Ziel einer Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf aus behinderungsbedingten Gründen auch bei entsprechender Förderung (noch) nicht erreichbar ist, bieten BBiG und HwO Möglichkeiten zu alternativen Ausbildungsregelungen auch unterhalb der Ebene staatlich anerkannter Ausbildungsberufe. Bei diesen Sonderausbildungsregelungen der zuständigen Stellen (i. d. R. der Kammern) kann es sich um eigenständige Ausbildungsgänge für behinderte Menschen handeln (so genannte Helfer- und Werkerberufe) oder sie können aus den Inhalten anerkannter Ausbildungsberufe heraus entwickelt werden.

5.3 Berufliche Qualifikationen auch für Sonderschulabgänger

Die Ausbildung behinderter Menschen unterhalb der Ebene staatlich anerkannter Ausbildungsberufe wird in Deutschland kontrovers diskutiert. Während die einen

hierin einen nicht erforderlichen und insoweit auch nicht hinnehmbaren Einstieg in nicht tragfähige Schmalspurausbildungen für behinderte Menschen sehen, halten andere sie für unverzichtbar, um auch besonders betroffenen behinderten Menschen eine von ihnen erreichbare Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Aus Sicht der Bundesregierung kann nicht davon ausgegangen werden, dass jeder behinderte und schwerbehinderte Mensch – auch nicht bei maximaler Teilhabeförderung – in der Lage ist, eine Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf erfolgreich abzuschließen. Sie sieht gleichwohl die mit Sonderausbildungsregelungen verbundenen Probleme, die insbesondere dadurch entstehen, dass die entsprechenden Regelungen der zuständigen Stellen in der Praxis überwiegend nicht nach bundesweit anerkannten und verbindlichen Regeln (Empfehlungen des Hauptausschusses beim Bundesinstitut für Berufsbildung) gestaltet sind. Derzeit existieren bundesweit rund 900 Sonderausbildungsregelungen für behinderte Menschen mit bestenfalls regionaler Akzeptanz, was die Möglichkeiten behinderter Menschen zur Verwertung derartiger beruflicher Qualifikationen begrenzt und damit ihre Wettbewerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt stark einschränkt.

Um Sonderausbildungsregelungen für behinderte Menschen möglichst einheitlich und bundesweit vergleichbar zu gestalten, hat der Hauptausschuss beim Bundesinstitut für Berufsbildung 1978 Empfehlungen für Ausbildungsregelungen für behinderte junge Menschen als Rahmenrichtlinie für die Gestaltung der Kammerregelungen verabschiedet, auf der Grundlage dieser Rahmenrichtlinie Musterausbildungsregelungen für die Bereiche Metall, Büro, Holz und Farbe erarbeitet und den zuständigen Stellen als Grundlage für ihre Regelungen an die Hand gegeben. Leider haben die zuständigen Stellen von den Empfehlungen des Hauptausschusses in der Praxis nur unzureichend Gebrauch gemacht.

Hier besteht aus Sicht der Bundesregierung dringender Handlungsbedarf. Das Bundeskabinett hat am 14. Juli 2004 den Entwurf eines Berufsbildungsreformgesetzes beschlossen. Mit dem Entwurf werden u. a. auch die Regelungen zur Berufsbildung behinderter Menschen im Berufsbildungsgesetz und in der Handwerksordnung geändert. Am Instrument der Sonderausbildungsregelungen der zuständigen Stellen für behinderte Menschen, für die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung eine Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nicht in Betracht kommt, wird festgehalten. Diese müssen sich aber künftig an entsprechenden Empfehlungen des Hauptausschusses beim Bundesinstitut für Berufsbildung ausrichten. Damit soll mittel- und langfristig der Vielzahl nicht bundeseinheitlicher Einzelregelungen (derzeit rund 900) entgegengewirkt werden.

Außerdem steht es künftig nicht mehr im Ermessen der zuständigen Stelle, Sonderausbildungsregelungen zu schaffen, sondern die zuständige Stelle ist verpflichtet, auf Antrag behinderter Menschen und bei Nachweis einer Ausbildungsmöglichkeit tätig zu werden.

5.4 Arbeitsmarktpolitik und Bundesagentur für Arbeit

Eine Teilhabeförderung losgelöst von der Lage und der Entwicklung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist nicht zielführend und dient insoweit auch nicht den Interessen der behinderten Menschen. Zentrales Anliegen ist die Vermittlung überzeugender Integrationschancen und eine zügige und nach Möglichkeit dauerhafte Eingliederung in den Arbeitsmarkt.

Der Erfolg arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben ist in besonderem Maße von lokalen und zielgruppenspezifischen Erfahrungen und regionalen Vernetzungen abhängig. Die Bundesagentur hat als Träger von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben die Aufgabe, die Qualität und Kontinuität der Leistungen zur Berufsbildung und beruflichen Eingliederung für die betroffenen Menschen sicherzustellen.

Zwischen Bundesregierung und Bundesagentur für Arbeit besteht Einvernehmen, dass die Förderung von Maßnahmenkarrieren durch Teilhabeleistungen in nicht endender Abfolge ohne eine erkennbare Verbesserung der Eingliederungsaussichten keine akzeptable und sinnvolle Strategie zur Lösung von Eingliederungsproblemen ist.

In „Grundsätzen der Geschäftspolitik bei der Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“ aus 2004 hat sich der Vorstand der Bundesagentur für Arbeit nochmals nachdrücklich zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben als einem wichtigen Teil der Arbeitsmarktpolitik der Bundesagentur für Arbeit bekannt und richtungsweisende Handlungsrichtlinien zur Bewältigung bestehender und zukünftiger Herausforderungen erlassen. Im Einzelnen:

- Mit den behinderten Menschen wird – aufbauend auf einem profunden Profiling – unter Berücksichtigung des Einzelfalls und des Arbeitsmarktes eine individuelle Eingliederungsstrategie erarbeitet.

Zunächst werden, bei Bedarf mit Unterstützung durch die Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit, die individuellen Stärken und Schwächen des behinderten Menschen abgeklärt. Aufbauend auf dem vorhandenen Leistungspotenzial werden dann die beruflichen Perspektiven besprochen. Hierbei werden die Chancen und Möglichkeiten auf dem erreichbaren Arbeitsmarkt einbezogen und bewertet. Anschließend wird mit dem behinderten Menschen eine Eingliederungsstrategie erarbeitet, wobei seine persönliche Entscheidung im Vordergrund steht.

- Ein stringentes Fallmanagement vermeidet und verkürzt Wartezeiten.

Menschen mit Behinderung werden in einem eigenen Team betreut, sodass über den gesamten Zeitraum feste Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Sobald eine Entscheidung über die notwendigen Leistungen getroffen ist, werden diese unverzüglich erbracht. Ist der Eintritt in eine Maßnahme erforderlich, erfolgt dieser ohne zeitliche Verzögerung zum nächstmög-

chen Termin. Die Leistungen werden passgenau auf das Eingliederungsziel abgestimmt.

- Die verfügbaren Haushaltsmittel werden möglichst effektiv (in der Wirkung) und effizient (in der Wirtschaftlichkeit) eingesetzt, ohne hierdurch die Teilhabeberechte behinderter Menschen einzuschränken.
- Im Vordergrund allen Handelns steht der schnelle und nachhaltige Integrationserfolg. Diesem Ziel fühlt sich die Bundesagentur für Arbeit in besonderer Weise verpflichtet, wovon nicht nur die behinderten Menschen, sondern auch die Beitragszahler profitieren. Ist das Ziel mit allgemeinen Leistungen erreichbar, haben diese Vorrang vor besonderen Teilhabeleistungen.

Um mehr Betriebsnähe herzustellen, strebt die Bundesagentur für Arbeit eine stärkere Modularisierung der beruflichen Fördermaßnahmen und eine praxisbezogenere Ausrichtung der Leistungen an, wobei sich die Inhalte an den Qualifikationsanforderungen der Wirtschaft orientieren sollen. Qualifizierungsbausteine nach den §§ 50 ff. BBiG sind in diesem Zusammenhang ein geeignetes Instrument, das verstärkt genutzt werden sollte.

- Auch im Bereich der Teilhabeförderung wird eine Ausgaben- und Erfolgsbeobachtung eingeführt.

Bisher gibt es im Bereich der Bundesagentur für Arbeit keine verlässlichen, zeitnah verfügbaren Daten über die Wirkung von Teilhabemaßnahmen in Bezug auf die Integration behinderter Teilnehmer in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Im Rahmen des Projekts „Biografische Daten“ werden entsprechende Auswertungen zum Integrationserfolg sowie zu den Kosten je geförderter Integration erstmals zur Verfügung gestellt.

5.5 Übergang von der Schule in das Arbeitsleben

Der Übergang von der Schule in das Arbeitsleben ist für alle Jugendlichen ein entscheidender Schritt. Die Wahl des Berufs und des Ausbildungsweges erfordert weit reichende Überlegungen und Entscheidungen. Dies gilt umso mehr für die Berufswahl behinderter und schwerbehinderter Menschen; denn diese haben es wegen ihrer Behinderung vielfach schwerer als andere, einen passenden Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu finden.

Neigung, Eignung und Leistungsfähigkeit des Rat suchenden behinderten Menschen sowie die Beschäftigungsmöglichkeiten bestimmen den individuellen Förderbedarf. Die Auswahl der erforderlichen Teilhabemaßnahmen und der geeigneten Lernorte erfolgt stets nach dem Grundsatz „so normal wie möglich – so speziell wie erforderlich“.

Junge behinderte Menschen und ihre Eltern sind bei ihrer Berufswahl mehr als andere auf sachkundigen Rat und fördernde Hilfe angewiesen. Diese Hilfe zu leisten, ist eine wichtige Aufgabe der Bundesagentur für Arbeit. Sie zu erfüllen, fällt zunehmend schwerer, weil

- einfache Tätigkeiten, die auch von besonders betroffenen behinderten Menschen ausgeübt werden können,

immer weniger angeboten werden und auch keine verlässliche berufliche Perspektive mehr bieten;

- steigende berufliche Anforderungen von vielen behinderten Menschen nicht oder nur schwer bewältigt werden können;
- unter den Ausbildungsplatzbewerbern solche mit psychischen Beeinträchtigungen, erheblich reduziertem Lern- und Leistungsverhalten oder auffälligem Sozialverhalten zunehmen.

Das Aufgabenspektrum der Bundesagentur für Arbeit umfasst neben der Berufsorientierung und beruflichen Beratung auch die Vermittlung behinderter Jugendlicher in betriebliche oder außerbetriebliche Ausbildungsstellen, den Nachweis schulischer Ausbildungsmöglichkeiten sowie die Einleitung erforderlicher berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen. Hierzu gehört auch die begleitende Betreuung und Beratung im Verlauf beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen (Reha-Gesamtplanung). Diese wichtigen Aufgaben werden von Berufsberatern für behinderte Menschen wahrgenommen.

Bereits während der Schulzeit helfen die Berufsberater, 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 Bun-

desagentur für Arbeit für Eltern, Lehrer und behinderte Jugendliche zielgruppenadäquate Informationsschriften und andere Medien bereit.

Die Agenturen für Arbeit sollen auf deren Anforderung bei der Berufsberatung und der Berufsorientierung in den Schulen durch Integrationsfachdienste unterstützt werden, damit frühzeitig erkannt wird, ob für den zur Schulentlassung anstehenden jungen Menschen besondere Anstrengungen unternommen werden müssen, um Wartezeiten zwischen der Schulentlassung und der Ausbildung oder der Aufnahme einer Beschäftigung des behinderten Jugendlichen zu vermeiden. Diese Aufgabe ist den Integrationsfachdiensten mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23. April 2004 ausdrücklich übertragen worden.

Der gesamte Prozess der beruflichen Eingliederung behinderter junger Menschen erfordert eine enge Kooperation zwischen Schule und Agentur für Arbeit, in die sowohl allgemein bildende Schulen, berufsbildende Schulen als auch Hochschulen einbezogen sind. Diese Zusammenarbeit basiert auf einer Rahmenvereinbarung zwischen der Kultusministerkonferenz und der Bundesagentur für Arbeit, die am 15. Oktober 2004 – nach umfassender Überarbeitung – neu abgeschlossen wurde.

Die Bedeutung der Berufsberatung für behinderte Menschen unterstreichen die nachstehenden Zahlen:

Absolventen allgemein bildender Schulen und Zugänge von Reha-Fällen im Bereich der beruflichen Ersteingliederung bei der Bundesagentur für Arbeit

Jahr	Absolventen allgemein bildender Schulen	Reha-Zugänge berufliche Ersteingliederung	Anteil der Reha-Zugänge in %
1996	892.000	65.949	7,4
1997	913.000	55.250	6,1
1998	922.000	51.930	5,6
1999	933.000	51.149	5,5
2000	933.000	51.894	5,6
2001	925.000	54.612	5,9
2002	941.000	57.309	6,1
2003	956.000	52.091	5,5

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Die Zugänge an Reha-Fällen bei der beruflichen Ersteingliederung werden entscheidend von der Zahl der Schulabsolventen bestimmt und bewegen sich seit Jahren bei knapp 6 Prozent aller Schulabsolventen. Da nach der Vorausberechnung der Kultusministerkonferenz von einem weiteren Anstieg der Zahl der Schulabsolventen von 956 000 im Jahr 2003 bis auf 971 000 im Jahre 2006 auszugehen ist, muss in den nächsten Jahren auch mit einem entsprechenden Anstieg der Zugangsdaten bei der beruflichen Ersteingliederung behinderter Menschen gerechnet werden.

Im Rahmen der Gestaltung eines möglichst reibungslosen Übergangs behinderter junger Menschen von der Schule in das Arbeits- und Berufsleben lässt sich die Bundesagentur für Arbeit von folgenden Zielvorstellungen leiten:

- Betrieb als Maßnahmeort verstärkt nutzen,
- Leistungsgrenzen erkennen und berücksichtigen, auch sinnvolle Alternativen zur Ausbildung nutzen,
- berufliche Integration vor Maßnahmeketten,
- aufeinander aufbauendes, abgestimmtes System der Berufsvorbereitung,
- schulischen Auftrag zur Herstellung der Berufsreife stärker berücksichtigen,
- stärkere Modularisierung berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen und behindertenspezifischer Ausbildungsgänge,
- Verstärkung betrieblicher Anteile in berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen,
- Instrument der Qualifizierungsbausteine nach den §§ 50 ff. BBiG für die Berufsausbildungsvorbereitung verstärkt nutzen,
- Vorrang der wohnortnahen Rehabilitation.

Die Bundesagentur für Arbeit beabsichtigt, die mit ihrem neuen Fachkonzept für berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen umgesetzte stärkere Modularisierung auch im Bereich der Sonderausbildungsregelungen für behinderte Menschen anzuwenden. Sie erhofft sich dadurch verbesserte Eingliederungschancen für behinderte junge Menschen auf dem allgemeinen Ausbildungs- und Arbeitsmarkt, verbunden mit der Möglichkeit, bei einer zu einem späteren Zeitpunkt vorliegenden Ausbildungsreife der Jugendlichen mit der beruflichen Qualifizierung fortzufahren.

Im Übrigen erscheint es ihr trotz des hohen arbeitsmarktlichen Wertes und Nutzens einer abgeschlossenen Berufsausbildung in manchen Fällen erfolgversprechender, nach der Schule auf eine Ausbildung zu verzichten und eine unmittelbare Integration in den Arbeitsmarkt anzustreben, ohne hierbei allerdings das Ziel einer Ausbildung aus den Augen zu verlieren.

Die Bundesregierung knüpft hieran im Interesse der betroffenen behinderten jungen Menschen die Erwartung, dass die Bundesagentur für Arbeit ihre mit beabsichtigten Qualifizierungen und Einarbeitungen ohne Ausbildung

verbundenen Zusagen in Bezug auf eine (weitere) spätere Teilnahme an geeigneten Qualifizierungsangeboten einhält und den weiteren Reifeprozess der behinderten jungen Menschen mit dem Ziel der Herstellung der vollen Ausbildungsreife fördert. Die Förderung einer nach Möglichkeit vollen Ausbildungsreife schulentlassener behinderter junger Menschen ist Aufgabe aller am Qualifizierungsprozess Beteiligten. Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich die für ein weiteres berufliches Fortkommen notwendige Persönlichkeitsentwicklung bei den betroffenen behinderten jungen Menschen in vielen Fällen ohne weitere Förderung allein durch Zeitablauf nicht einstellen wird.

5.6 Förderung der Ausbildungs- und Berufsreife

Bundesregierung und Bundesagentur für Arbeit stimmen darin überein, dass die Förderung der Ausbildungs- und Berufsreife behinderter junger Menschen in erster Linie Aufgabe der Schule ist. Tatsächlich verlassen aber immer mehr nicht ausbildungsreife behinderte junge Menschen das Schulsystem, was die Bundesagentur für Arbeit vor große finanzielle Probleme auch deshalb stellt, weil viele Länder eigene berufsvorbereitende Bildungsangebote (Berufsvorbereitungsjahr) zulasten der Bundesagentur für Arbeit eingeschränkt haben.

Hier versucht die Bundesagentur für Arbeit inzwischen gegenzusteuern, mit der Folge, dass die Eintritte z. B. in Förderlehrgänge der Bundesagentur für Arbeit in 2003 erstmals seit Jahren wieder rückläufig waren. Waren in 2002 noch insgesamt 27 157 behinderte Menschen in Förderlehrgängen der Bundesagentur für Arbeit eingetreten (nach 24 798 in 2001), so waren es 2003 „nur“ noch 23 474 Personen.

Über ausbildungs- und beschäftigungsvorbereitende Länderaktivitäten zugunsten behinderter junger Menschen kann die Bundesregierung in Ermangelung umfassender Informationen nur eingeschränkt berichten:

In Sachsen-Anhalt absolvieren die Schülerinnen und Schüler in den Schuljahrgängen 8, 9 und 10 jeweils ein 14-tägiges Betriebspraktikum, um Einblicke in berufliche Tätigkeiten zu erlangen und Vorstellungen für die eigene berufliche Orientierung zu entwickeln. Außerdem finden in den genannten Schuljahrgängen regelmäßig Informationsveranstaltungen durch die Berufsberater der Agenturen für Arbeit in den Schulen für die Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern statt.

Die Absolventen der Schule für lernbehinderte junge Menschen mit und ohne Abschluss besuchen in der Regel das Berufsvorbereitungsjahr (BVJ). Schülerinnen und Schüler mit dem Förderbedarf im Lernen, die einen Hauptschulabschluss erwerben konnten, sowie Absolventen der Schule mit Ausgleichsklassen mit Hauptschulabschluss ohne Zugang zur dualen Berufsausbildung erwerben mitunter einen Beruf über eine schulische Vollzeitausbildung oder gehen zunächst ins Berufsgrundjahr (BGJ).

In Baden-Württemberg besteht für Jugendliche, die im Anschluss an die allgemeine Schulpflicht keine Berufsausbildung aufnehmen und keine weiterführende Schule besuchen, in der Regel die Pflicht zum Besuch des BVJ. In den letzten Jahren war es gängige Praxis, dass Absolventen der Förderschulen (ehemals Schulen für Lernbehinderte) zum Besuch eines berufsvorbereitenden Förderlehrgangs der Arbeitsverwaltung von der BVJ-Pflicht befreit wurden.

Das Angebot an solchen Förderlehrgängen ist jedoch neuerdings nur noch sehr begrenzt vorhanden, sodass Absolventinnen und Absolventen von Förderschulen nun hauptsächlich zur Berufsvorbereitung im BVJ oder in Sonderberufsfachschulen, die insbesondere in privater Trägerschaft angeboten werden, gefördert werden müssen.

Um die Förderung in möglichst leitungshomogenen Gruppen fortsetzen zu können, werden für die ins BVJ eintretenden Förderschulabsolventen und -absolventinnen in der Regel eigene Klassen gebildet. Durch eine variable Stundentafel und flexible Vorgaben zur Durchführung von schulbetreuten und -begleiteten Betriebspraktika können die beruflichen Schulen bestmöglich auf den Förderbedarf der jeweiligen Schülergruppe eingehen. Auch werden Projektprüfungen im BVJ erprobt, die sich derzeit auch als sehr erfolgreiches Förderinstrument für leistungsschwächere Jugendliche erweisen. Außerdem kooperieren die beruflichen Schulen intensiv mit den abgebenden Förderschulen. Die Zusammenarbeit wird weiter ausgebaut. Sie bezieht sich u. a. auf ein effizientes Übergabeverfahren mit dem Ziel einer kontinuierlichen individuellen Förder- und Berufswegeplanung und auf eine Vernetzung der beiden Schularten, beispielsweise in Form von zweijährigen Kooperationsklassen Förderschule-BVJ. Im Schuljahr 2004/05 sind an 42 Standorten solche Kooperationsklassen als zweijähriger Bildungsgang eingerichtet. Für eine erfolgversprechende berufsvorbereitende Förderung von stärker lernbehinderten Jugendlichen wäre die Entwicklung kooperativer Förderangebote in Zusammenarbeit zwischen Schule und Arbeitsverwaltung sehr hilfreich. Auch Maßnahmeketten könnten hierdurch eher vermieden werden.

Die Förderung im Unterricht des BVJ wird an vielen beruflichen Schulen ergänzt durch Angebote der sozialpädagogischen Betreuung oder Jugendberufshilfe. Das Land Baden-Württemberg beteiligt sich über das Förderprogramm „Jugendsozialarbeit an Schulen“ und das „Projekt Jugendberufshelfer“ an der Finanzierung dieser Angebote.

Zur Verbesserung der Berufsorientierung von behinderten Jugendlichen fördert dort das Wirtschaftsministerium das Projekt „Multimediale Berufswahlorientierung“ aus Mitteln der Zukunftsoffensive III (in Höhe von 412 000 Euro). Das Projekt wird vom Berufsbildungswerk Waiblingen durchgeführt. Jugendliche, die sich dort bereits in einer Ausbildung befinden, stellen ihre Berufe und ihre Ausbildung mithilfe moderner Medien dar. Dies verbessert zusätzlich ihre Medienkompetenz. Die dabei entstandenen Materialien werden Jugendlichen in Förderschulen

zur Verfügung gestellt bzw. präsentiert, wodurch für sie eine frühere Berufsorientierung und verbesserte Berufswahl angestrebt wird.

In Bremen sind die Förderzentren alle mit der besonderen Problematik des Übergangs von Schule zum Beruf befasst. Neben individuellen Konzepten, die teilweise auch konkret standortbezogen sind, gibt es für alle Förderzentren folgende Gemeinsamkeiten:

- bis zu drei mehrwöchige Betriebspraktika in der Oberstufe,
- anschließende Werkstattphasen der Schülerinnen und Schüler,
- enge Kooperation mit Berufsförderzentren,
- Übungsfirmen,
- Arbeit mit dem Berufswahlpass.

Im Saarland

- werden berufsbezogene Themen im fächerübergreifenden Unterricht ab Klasse 7 behandelt,
- lernen die Schülerinnen und Schüler schon ab der achten Klasse in 14-tägigen Betriebspraktika die Welt der Arbeit kennen und
- unterstützen Berufsberaterinnen und Berufsberater der Arbeitsagenturen im neunten Schuljahr gemeinsam mit den Lehrkräften die Schüler bei der Berufswahlentscheidung.

Zur Unterstützung des Berufswahlunterrichts in Schulen für lernbehinderte sowie von Schülerinnen und Schülern mit Förderbedarf im Bereich Lernen in anderen Schulen für behinderte Menschen und in Schulen der Regelform dient ein Unterrichtswerk, das von der BA-Regionaldirektion Rheinland-Pfalz/Saarland gemeinsam mit dem Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft entwickelt wurde: „Berufswahlvorbereitung für Schülerinnen und Schüler mit Lernbeeinträchtigungen“.

5.7 Schulabgänger mit geistiger Behinderung

Für junge Menschen mit einer geistigen Behinderung wird bundesweit die Werkstufe bzw. Abschlussstufe als Bestandteil der Schule für geistig behinderte Menschen für den Übergang zu einer beruflichen Ausbildung angeboten. Im Sinne einer beruflichen Grundbildung werden den Schülern und Schülerinnen vor allem praktische Basisfähigkeiten und notwendige Schlüsselqualifikationen vermittelt. Dies erfolgt vorwiegend im Rahmen von Arbeitsprojekten, Betriebserkundungen und Betriebspraktika.

Die heterogene Zusammensetzung der Schülerschaft in Sonderschulen für geistig behinderte Menschen lässt jedoch keinen einheitlichen Schulabschluss auf vorgegebenem Niveau zu. Vielmehr müssen individuelle Abschlussziele gefunden werden, die den Leistungsmöglichkeiten der einzelnen Schüler und Schülerinnen entsprechen und den konkreten Gegebenheiten und

Bedingungen in den einzelnen Bereichen ihrer künftigen Lebenswelt Rechnung tragen.

Der zum Teil sehr unterschiedliche sonderpädagogische Förderbedarf der Schüler und Schülerinnen erfordert im berufsvorbereitenden Unterricht ein zieldifferenziertes Unterrichten auf der Basis individuell ausgerichteter Förderpläne. Die Abschlusstufe dauert im Regelfall drei Schuljahre, wobei je nach individuellem Bedarf eine Verlängerung oder Verkürzung möglich ist. Die Durchführung von Praktika erfolgt überwiegend mit Kooperationspartnern aus dem Kreis der Werkstätten für behinderte Menschen, nur in Ausnahmefällen gelingt die Gewinnung von Praktikumsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Innovative Erfahrungen sind von der Equal-Entwicklungspartnerschaft „Keine Behinderung trotz Behinderung für den Übergang Schule – Beruf“ zu erwarten. In diesem von 2002 bis 2005 aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds geförderten Projekt arbeiten zwölf transnationale Kernpartnerprojekte aus Deutschland, Österreich, der Tschechischen Republik und den Niederlanden mit dem Ziel zusammen, die Übergänge von behinderten Jugendlichen von der Schule in den Beruf zu optimieren und zielgerichteter sowie bedürfnisorientierter zu gestalten. Die Qualitätssicherung und Evaluation dieses Projekts wird von der Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung durchgeführt. Die deutsche Entwicklungspartnerschaft „Keine Behinderung trotz Behinderung“ betreibt als Qualifizierungsprojekt das Modell eines beruflichen Förderzentrums für junge Menschen auch mit einer geistigen Behinderung. Dort werden behinderte junge Menschen zwischen sechs und zwölf Monaten auf eine berufliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet.

Derzeit absolvieren noch weit über 90 Prozent aller Schulabgängerinnen und Schulabgänger mit einer geistigen Behinderung eine Berufsausbildung im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen und finden hiernach eine Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstätten. Hier fördern Interessenvertretungen behinderter Menschen, wie z. B. die Lebenshilfe, ein Umdenken und die Schaffung verlässlicher Rahmenbedingungen für eine vermehrte Integration auch geistig behinderter Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf erfolgversprechende Modelle wie das des „Training on the Job“, wo nach der Devise „Erst platzieren – dann qualifizieren“ verfahren wird (z. B. Elbe-Werkstätten Hamburg mit zwölf externen Plätzen im Berufsbildungsbereich), oder das HORIZON-Projekt „Transwork 2001“, das Beschäftigte aus Werkstätten für Arbeitsplätze in Altenheimen im Bereich Hauswirtschaft und Pflegehilfe qualifizierte (Projekträger waren die Werkstätten für behinderte Menschen aus Gießen und Hamburg).

Die Hamburger Arbeitsassistenz führt bereits seit 1995 eine berufsorientierende und -qualifizierende Maßnahme, das „Ambulante Arbeitstraining“, durch. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dieser Maßnahme sind Personen, die eine Empfehlung für den Berufsbildungsbereich

in einer Werkstatt für behinderte Menschen haben. In dieser Maßnahme der Hamburger Arbeitsassistenz wurden bislang rund 150 Personen gefördert. 70 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben im Anschluss an diese Maßnahme ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis in unterschiedlichen Betrieben des regionalen Arbeitsmarktes gefunden. Die Modellphase des Projektes des „Ambulanten Arbeitstrainings“ wurde von der Universität Halle/Wittenberg, vom Institut für Integrationspädagogik, evaluiert und zeigt neue Perspektiven für eine integrative Berufspädagogik und individuelle Unterstützung (Arbeitsassistenz) von Menschen mit Behinderung auf dem Arbeitsmarkt auf. Die Ergebnisse belegen die guten Möglichkeiten einer ambulanten Förderung auch außerhalb einer Werkstatt für behinderte Menschen.

5.8 Betriebliche Ausbildung stärken

Generell besteht nach wie vor das große Problem eines erheblichen Ungleichgewichts zwischen der Nachfrage und dem Angebot an betrieblichen Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für behinderte junge Menschen. Wurden 1994 noch 17 397 behinderte junge Menschen betrieblich ausgebildet, so nahm diese Zahl in den Folgejahren beständig ab (1996: 16 600; 1997: 15 711; 1998: 17 144; 1999: 15 371; 2000: 14 725; 2002: 9 000).

Nach letzten Erhebungen bilden von den 2,1 Millionen Betrieben in Deutschland nur noch 23 Prozent junge Menschen mit und ohne Behinderung aus, der Rest der Unternehmen entzieht sich dieser auch gesellschaftlichen Aufgabe. Die statistischen Daten der Bundesagentur für Arbeit weisen aus, dass die zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen verpflichteten Arbeitgeber mit wenigstens 20 Arbeitsplätzen im Jahre 2002 über rund 1,1 Mio. betriebliche Ausbildungsplätze verfügten. Auf nur 4 729 davon wurden schwerbehinderte junge Menschen beruflich ausgebildet. Das sind nur rund 0,4 Prozent der vorhandenen Plätze.

Dieser negativen Entwicklung will das vom 1. Mai 2004 in Kraft getretene Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen mit einem Bündel von Maßnahmen entgegenwirken. Dabei hat sich der Gesetzgeber von der Erkenntnis leiten lassen, dass die betriebliche Ausbildungsbereitschaft zunimmt, wenn die damit verbundenen (finanziellen) Belastungen für den Betrieb oder das Unternehmen überschaubar sind. Im Mittelpunkt der gesetzlichen Regelungen steht eine Verzahnung von betrieblicher und außerbetrieblicher Ausbildung in der Weise, dass z. B. Teile einer sonst in einem Berufsbildungswerk vorzunehmenden Ausbildung in einem Kooperationsunternehmen der Wirtschaft erfolgen. Die außerbetriebliche Rehabilitationseinrichtung ist gesetzlich verpflichtet, den Ausbildungsbetrieb bei der Ausbildung und der Betreuung der behinderten jungen Menschen im erforderlichen Umfang zu unterstützen. Das Interesse der Wirtschaft hieran ist – soweit bisher erkennbar – groß.

Den getroffenen Regelungen liegt die Erkenntnis zugrunde, dass ein Arbeitgeber, der einen behinderten

jungen Menschen und seine Leistungsfähigkeit aus eigener Anschauung einzuschätzen vermag, eher bereit ist, ihn nach erfolgreicher Ausbildung in sein Unternehmen zu integrieren.

Diese Erkenntnis wurde insbesondere im Zusammenhang mit dem inzwischen abgeschlossenen Modellprojekt „Regionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-)behinderter Jugendlicher“ (REGINE) gewonnen. Das Projekt wurde von der BAR durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung durch das Institut für empirische Soziologie Nürnberg wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung finanziert. Im Rahmen dieses richtungsweisenden Modellprojekts ist es nicht nur gelungen, (lern-)behinderten jungen Menschen eine betriebliche Ausbildung zu ermöglichen. Als noch größerer Erfolg ist zu werten, dass der überwiegende Teil der im Rahmen des Projekts geförderten behinderten jungen Menschen nach erfolgreicher Ausbildung in eine ausbildungsadäquate Beschäftigung übernommen wurde.

Zur praktischen Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen hat die METRO Group in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke bereits für das Ausbildungsjahr 2004/2005 ein richtungsweisendes Pilotprojekt in Filialen und Märkten in Nordrhein-Westfalen gestartet: Die behinderten Jugendlichen absolvieren ihr letztes Ausbildungsjahr nicht im Berufsbildungswerk, sondern in einem Unternehmen der METRO Group. Die METRO Group wird bei weiter erfolgreichem Verlauf das Projekt auf ganz Deutschland erweitern, die betrieblichen Ausbildungsabschnitte ausweiten und weitere Ausbildungsabschnitte einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung fördert die wissenschaftliche Begleitung des Projekts im Rahmen der Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“. Ziel ist, zu ermitteln, welche Voraussetzungen sowohl aufseiten der behinderten Jugendlichen als auch bei den Unternehmen und Ausbildern vorliegen müssen, um einen erfolgreichen Abschluss der Ausbildung zu erreichen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird die Erfahrungen der METRO Group bekannt machen, damit andere Unternehmen sie nutzen können.

Arbeitgeber, die über betriebliche Ausbildungsplätze verfügen und bereits nach heutigem Recht einen „angemessenen“ Anteil dieser Ausbildungsplätze mit schwerbehinderten Jugendlichen zu besetzen haben, sind künftig verpflichtet, mit dem Betriebs- oder Personalrat und der Schwerbehindertenvertretung über die Fragen der Besetzung von Ausbildungsplätzen mit schwerbehinderten jungen Menschen zu beraten. Arbeitgeber können – über die Leistungsmöglichkeiten der Förderinstrumente der Agenturen für Arbeit und der übrigen Rehabilitationsträger hinaus – bei der Berufsausbildung behinderter Jugendlicher Prämien sowie Zuschüsse zu den Kosten der Berufsausbildung erhalten. Arbeitgeber, die zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen nicht verpflichtet sind (Ar-

beitgeber mit weniger als 20 Arbeitsplätzen), können besondere Zuschüsse zu Gebühren, die bei der Berufsausbildung entstehen können, erhalten. Hierzu zählen etwa Gebühren im Zusammenhang mit Prüfungen bei Kammern und Innungen.

Das Instrument der Integrationsvereinbarungen wurde weiter ausgebaut. Im Rahmen der Integrationsvereinbarung sollen insbesondere auch Regelungen zur betrieblichen Berufsausbildung getroffen werden.

Schwerbehinderte Auszubildende werden nunmehr generell auf zwei Pflichtarbeitsplätze des Betriebes angerechnet. Sie können, wenn die Vermittlung in eine Berufsausbildungsstelle wegen Art oder Schwere der Behinderung auf besondere Schwierigkeiten stößt, auch auf drei Pflichtarbeitsplätze angerechnet werden. Bei Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis im Anschluss an die Berufsausbildung gilt die Mehrfachanrechnung befristet fort.

In der Zeit der betrieblichen Durchführung einer außerbetrieblichen Ausbildung werden behinderte wie schwerbehinderte Jugendliche auf Pflichtarbeitsplätze des Ausbildungsbetriebes angerechnet.

Für behinderte junge Menschen wird vorrangig eine Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf nach § 25 BBiG oder § 25 HwO angestrebt, wenn nötig unter Einsatz der im Einzelfall erforderlichen ausbildungsbegleitenden Hilfen. Dabei sollen behinderte Menschen nach Möglichkeit wie nichtbehinderte Menschen 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, was nach wie vor häufig nicht der Fall ist. An den Problemen der Berufsschulen, auf die besonderen Bedürfnisse von jungen Menschen z. B. mit einer Lernbehinderung Rücksicht zu nehmen, scheidet nicht selten eine Berufsausbildung im Rahmen des dualen Systems. Als Hauptprobleme, die einer angemessenen Förderung behinderter junger Menschen an Regelberufsschulen entgegenstehen, sind zu nennen: zu große Klassen und zu wenig Personal mit einer sonderpädagogischen Zusatzqualifikation.

Die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland von Mai 1994 enthalten zwar u. a. auch Hinweise zur sonderpädagogischen Förderung im berufsbildenden Bereich und beim Übergang in die Arbeitswelt. Gleichwohl ist es den Ländern aber mehrheitlich bislang noch nicht gelungen, bedarfsgerechte Betreuung- und Förderstrukturen für behinderte Menschen im Berufsschulbereich entsprechend den Empfehlungen aufzubauen.

5.9 Förderung berufsvorbereitender Bildungsmaßnahmen

Viele behinderte junge Menschen verfügen nach ihrer Schulentlassung (noch) nicht über die erforderliche Reife für eine unmittelbare Einmündung ins Arbeits- und Berufsleben. Sie müssen zunächst an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen teilnehmen, die die Aufnahme einer Berufsausbildung oder die unmittelbare Eingliederung ins Berufsleben vorbereiten. Die Bundesagentur für Arbeit kann derartige Maßnahmen nur fördern, soweit und solange für behinderte junge Menschen kein entsprechendes und ausreichendes schulisches Angebot zur Verfügung steht.

Wesentliche Aufgaben und Ziele berufsvorbereitender 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 z. B. Vorbereitung auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses oder die Beseitigung von Sprachdefiziten).

Eintritte von behinderten Menschen in berufsvorbereitende/berufsfördernde Bildungsmaßnahmen der Bundesagentur für Arbeit

Merkmal	2001			2002			2003		
	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Eintritte von behinderten Menschen in Maßnahmen seit Beginn des Berichtsjahres	135.773	88.171	47.602	150.367	97.985	52.382	141.392	91.710	49.682
davon ... nach Art der Maßnahme:									
Berufsausbildung	26.235	16.736	9.499	27.105	17.357	9.748	26.871	17.192	9.679
Grundausbildungslehrgang	624	375	249	1.007	588	419	723	395	328
Förderlehrgang	24.798	15.889	8.909	27.157	17.454	9.703	23.474	15.074	8.400
tip-Lehrgang	576	372	204	1.064	740	324	856	545	311
BBE-Lehrgang	3.634	2.326	1.308	6.512	4.348	2.164	5.983	3.910	2.073
Eignungsabklärung ¹	8.985	6.394	2.591	9.362	6.713	2.649	6.608	4.641	1.967
Arbeitserprobung	7.401	5.061	2.340	7.715	5.465	2.250	5.684	3.960	1.724
Reha-Vorbereitungslehrgang (RVL)*	.	.	.	7.216	5.074	2.142	5.313	3.782	1.531
Vorbereitungsmaßnahme für Weiterbildung	9.453	6.460	2.993	5.988	3.796	2.192	1.903	1.275	628
Weiterbildungsmaßnahme	29.219	19.165	10.054	34.857	22.906	11.951	26.739	17.825	8.914
Maßn. im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich einer WfB	16.274	9.788	6.486	18.559	11.021	7.538	20.066	11.848	8.218
blindentechnische und vergleichbare Grundausbildung	113	67	46	106	66	40	124	71	53
Trainingsmaßnahmen und Eignungsfeststellung*	8.379	5.485	2.894	.	.	.	9.792	6.509	3.283
sonstige Bildungsmaßnahmen ²	82	53	29	3.719	2.457	1.262	7.256	4.683	2.573

¹ 2001 hieß die Bildungsmaßnahme Berufsfindung. ² 2001 nur Fernunterrichtsmaßnahme; ab 2002 Schulische Ausbildung (Reha), Fachhochschul-Hochschulausbildung, Arbeitsbeschaffungsmaßnahme, Fernunterrichtsmaßnahme, Integrationsfachdienst.

* Keine statistische Auswertung vorhanden.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

5.10 Besondere Hilfen in Berufsbildungswerken

Auch bei voller Nutzung und Ausschöpfung ambulanter Förder- und Betreuungspotenziale können nicht alle behinderten Jugendlichen betrieblich oder in allgemeinen außerbetrieblichen Ausbildungsinstitutionen ausgebildet werden. Deshalb besteht die Notwendigkeit, für behinderte junge Menschen, die während ihrer Ausbildung wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung oder zur Erreichung des Rehabilitationszieles auf besondere medizinische, psychologische pädagogische oder soziale Hilfen angewiesen sind, Bildungskapazitäten in besonderen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wie den Berufsbildungswerken vorzuhalten. In Deutschland gibt es 50 Berufsbildungswerke, die im Rahmen einer von Bund, Ländern und Rehabilitationsträgern abgestimmten bundesweiten Netzplanung errichtet wurden. Diese Berufsbildungswerke und vergleichbare Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen durch eine ganzheitliche Betreuung und Qualifizierung, die im Bedarfsfalle eine Wohnheimunterbringung einschließt, auch mehrfachbehinderten, schwerstkörperbehinderten, psychisch behinderten, seh- und hörbehinderten und umfänglich lernbehinderten jungen Menschen den Erwerb einer beruflichen Qualifikation, die auch ihnen eine erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht. Berufsbildungswerke und vergleichbare Rehabilitationseinrichtungen sind unver-

zichtbare Bestandteile des Systems zur Förderung der beruflichen Teilhabe behinderter junger Menschen.

Der Aufbau eines flächendeckenden Angebots von Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken ist inzwischen in der gesamten Bundesrepublik abgeschlossen. Für notwendige Neuinvestitionen und Modernisierungsmaßnahmen verfügen die Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke in der Regel über ausreichende eigene Finanzmittel. Eine institutionelle Förderung kann deshalb auf Fälle beschränkt werden, in denen Einrichtungen nachprüfbar nur mit solcher Hilfe ihre Ausbildungsqualität dauerhaft sichern können.

Die Rehabilitationseinrichtungen verstehen sich als moderne und innovative Dienstleister, die sich wandelnden Herausforderungen im Zusammenhang mit der beruflichen Bildung besonders betroffener behinderter junger Menschen stellen. Sie sind unverzichtbare Kooperationspartner im Bemühen der Bundesregierung, mehr behinderten und schwerbehinderten jungen Menschen verbesserte Chancen für eine Berufsausbildung im Rahmen des dualen Systems zu eröffnen. Die Berufsbildungswerke fühlen sich im Interesse der von ihnen betreuten und geförderten Klientel einem hohen Qualitätsstandard verpflichtet. Gleichwohl sind auch die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation den Grundsätzen von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet.

Berufsbildungswerke

Standorte	Name	Zielgruppe: junge ...
Abensberg	Berufsbildungswerk St. Franziskus	Lern- und psychisch Behinderte
Aschau am Inn	Berufsbildungswerk Waldwinkel	Körper- und/oder psychisch Behinderte
Augsburg	Berufsbildungswerk St. Elisabeth	Lernbehinderte
Bad Arolsen/Kassel	Berufsbildungswerk Nordhessen	Lern- und/oder Körperbehinderte
Berlin	Annedore-Leber-Berufsbildungswerk	Körper-, Sinnes-, Lern- und Mehrfachbehinderte
Berlin	Rotkreuz-Institut Berufsbildungswerk	psychisch Behinderte
Bielefeld	Berufsbildungswerk Bethel	Menschen, den unter Epilepsie und hirnganischen Störungen leiden
Bitburg	Europäisches Berufsbildungswerk Bitburg	psychisch, Körper- und/oder Lernbehinderte
Brakel	Kolping-Berufsbildungswerk Brakel	Lern- und psychisch Behinderte
Bremen	Berufsbildungswerk Bremen	Körper-, Lern- und Mehrfachbehinderte
Chemnitz	Berufsbildungswerk für Blinde und Sehbehinderte Chemnitz	Blinde und Sehbehinderte
Dortmund	CJD Berufsbildungswerk Dortmund	Lern- und psychisch Behinderte
Dresden	Berufsbildungswerk Sachsen	Körperbehinderte oder chronisch Kranke
Dürrlauingen	Berufsbildungswerk Dürrlauingen	Lernbehinderte mit ggf. zusätzl. körperlichen, sprachlichen oder psychischen Behinderungen

Standorte	Name	Zielgruppe: junge ...
Essen	Kolping-Berufsbildungswerk Essen	Lernbehinderte
Frechen	CJD Berufsbildungswerk Frechen	Lernbehinderte
Gera	CJD Berufsbildungswerk Gera	Lern-, Körper- und psychisch Behinderte
Greifswald	Berufsbildungswerk Greifswald	Behinderte mit verschiedensten Behinderungen
Hamburg	Berufsbildungswerk Hamburg	Lern-, Sinnes- oder Körperbehinderte
Hannover	Berufsbildungswerk Annastift	Körper-, Lern- und Mehrfachbehinderte
Hettstedt	Kolping Berufsbildungswerk Hettstedt	psychisch und Lernbehinderte
Hof	Berufsbildungswerk Lernhof	Lern- und Mehrfachbehinderte
Homburg	CJD Berufsbildungswerk Homburg	Lern-, Körper- und psychisch Behinderte
Husum	Theodor-Schäfer-Berufsbildungswerk	Hör-, Lern- und Körperbehinderte sowie Asthmatiker und Allergiker
Karben	Berufsbildungswerk Südhessen	Lern- und Körperbehinderte
Kirchseeon	Berufsbildungswerk Stiftung St. Zeno	Lern- und psychisch Behinderte
Leipzig	Berufsbildungswerk für Hör- und Sprachgeschädigte Leipzig	Hör- und Sprachgeschädigte
Lingen	Berufsbildungswerk Lingen	Lern- und Körperbehinderte
Moers	CJD Berufsbildungswerk Niederrhein	Lernbehinderte
Mosbach	Berufsbildungswerk Johannes-Anstalten Mosbach	Lern- und Mehrfachbehinderte
München	Berufsbildungswerk im Spastiker-Zentrum	Lernbehinderte, frühkindlich Hirngeschädigte sowie nervlich-haltungsbezogen Beeinträchtigte
München	Berufsbildungswerk für Hör- und Sprachgeschädigte München	Sprach- und Hörbehinderte
Neckargemünd	Berufsbildungswerk Neckargemünd	Körper- und psychisch Behinderte
Neumünster	Zweigeinrichtung der Berufsbildungswerke Husum und Timmendorfer Strand	psychisch Behinderte
Neuwied	Berufsbildungswerk Heinrich-Haus	Lern-, Hör-, Sprach-, Mehrfach- und Körperbehinderte
Nürnberg	Berufsbildungswerk für Hör- und Sprachgeschädigte Nürnberg	Hör- und Sprachgeschädigte
Offenburg	CJD Berufsbildungswerk Offenburg	Lernbehinderte
Olsberg	Berufsbildungswerk Josefsheim Bigge	Körper-, Lern-, Sprach- und Hörbehinderte
Potsdam	Berufsbildungswerk im Oberlinhaus	Lern- und Körperbehinderte
Ravensburg	Berufsbildungswerk Adolf Aich	Lernbehinderte
Reken	Berufsbildungswerk Benediktushof Maria Veen	Körper-, Lern- und psychisch Behinderte
Schwarzenbruck	Berufsbildungswerk Wichernhaus Rummelsberg	Körper-, Lern- und Mehrfachbehinderte
Soest	Berufsbildungswerk für Blinde und Sehbehinderte Soest	Blinde und Sehbehinderte

Standorte	Name	Zielgruppe: junge ...
Stendal	Berufsbildungswerk Stendal	psychisch, Lern- und Körperbehinderte
Stuttgart	Berufsbildungswerk für Blinde und Sehbehinderte	Blinde und Sehbehinderte, auch mit körperlichen oder anderen Beeinträchtigungen
Timmendorfer Strand	Bugenhagen Berufsbildungswerk	Lern-, Körper und Mehrfachbehinderte
Waiblingen	Berufsbildungswerk Waiblingen	Lernbehinderte
Wetter/Ruhr	Berufsbildungswerk Volmarstein	Körperbehinderte
Winnenden	Berufsbildungswerk für Hör- und Sprachgeschädigte Paulinenpflege Winnenden	Hör- und Sprachbehinderte
Worms	DRK-Berufsbildungswerk Worms	Lern- und Mehrfachbehinderte
Würzburg	Berufsbildungswerk Würzburg	Lernbehinderte

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Die Berufsbildungswerke bieten im Durchschnitt jeweils rund 300 Bildungsplätze an.

5.11 Nationaler Ausbildungspakt und Initiative „Jobs ohne Barrieren“

Im Rahmen des „Nationalen Paktes für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in Deutschland“ haben sich Bundesregierung und Wirtschaft verpflichtet, in enger Zusammenarbeit mit den Ländern allen ausbildungswilligen und ausbildungsfähigen jungen Menschen ein vorrangig betriebliches Ausbildungsangebot zu unterbreiten und insbesondere auch Jugendlichen mit eingeschränkten Vermittlungschancen, zu denen auch behinderte und schwerbehinderte junge Menschen zählen, Ausbildungs- und Beschäftigungsperspektiven zu eröffnen. Die Bundesregierung hat die Zahl der Ausbildungsplätze in der Bundesverwaltung im Jahr 2004 um rund 20 Prozent erhöhen.

Für Bewerberinnen und Bewerber mit aus individuellen Gründen eingeschränkter Vermittlungsperspektiven, die keinen Ausbildungsplatz gefunden haben, bietet die Wirtschaft als Brücke in die Berufsausbildung erstmals im Ausbildungsjahr 2004 eine neu entwickelte sechs- bis zwölfmonatige betriebliche Einstiegsqualifizierung mit Kammerzertifikat an, die auf die Dauer einer späteren Berufsausbildung angerechnet werden kann. Grundlage bilden Einstiegsqualifizierungsverträge, die zwischen den jungen Menschen bzw. ihren gesetzlichen Vertretern und den Arbeitgebern geschlossen werden.

Der Bund flankiert die Einstiegsqualifizierung mit einem Sonderprogramm (Inhalt: Erstattung der Vergütung der Einstiegsqualifizierung in Höhe von bis zu 192 Euro im Monat und Übernahme des pauschalierten monatlichen Gesamtsozialversicherungsbeitrags von 102 Euro). Das Sonderprogramm hat eine Laufzeit von drei Jahren und hat am 1. Oktober 2004 begonnen. Es hat ein Finanzvolumen von rund 270 Mio. Euro.

Gemäß den von der Bundesregierung beschlossenen Sonderprogramm-Eckpunkten sind behinderte junge Menschen angemessen zu berücksichtigen, soweit nicht individuelle Förderbedarfe eine außerbetriebliche Qualifizierung erfordern. Diese Einschränkung ist im Interesse

derjenigen behinderten jungen Menschen geboten, für die eine Ausbildung im Rahmen des dualen Systems keine erfolversprechende Alternative darstellt, weil sie aus behinderungsbedingten Gründen während ihrer beruflichen Qualifizierung auf besondere Hilfen, z. B. eines Berufsbildungswerkes, angewiesen sind.

Allerdings kann der Ausbildungspakt, der sich nicht nur an eine ausgewählte Personengruppe richten kann, sondern die Interessen aller ausbildungsplatzsuchenden jungen Menschen in Deutschland im Blick haben muss, weitere Anstrengungen zur Eingliederung behinderter und schwerbehinderter junger Menschen in Ausbildung und Beruf nicht überflüssig machen. Die neue Initiative des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung „Jobs ohne Barrieren“ ist eine notwendige und sinnvolle Ergänzung zum Ausbildungspakt, wobei sich beide Vorhaben im Ziel einer vorrangig betrieblichen beruflichen Förderung und Qualifizierung junger Menschen nicht unterscheiden.

5.12 Berufsförderungswerke arbeiten mit den Betrieben zusammen

Die für die berufliche Ersteingliederung behinderter junger Menschen geltenden Grundsätze und Anliegen der Teilhabeförderung lassen sich im Wesentlichen auf die Förderung der beruflichen Eingliederung bzw. Wiedereingliederung von erwachsenen behinderten Menschen übertragen.

Gemäß den bereits an anderer Stelle erwähnten „Grundsätzen der Geschäftspolitik bei der Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“ aus 2004 lässt sich die Bundesagentur für Arbeit im Zusammenhang mit der Förderung der Teilhabe erwachsener behinderter Menschen am Arbeitsleben künftig schwerpunktmäßig von folgenden Vorstellungen leiten:

- verstärkte Qualifizierung im bisherigen Beruf anstelle von Umschulungen,
- verstärkte Modularisierung von Maßnahmen,
- Verstärkung präventiver Maßnahmen sowie
- nachgehende Betreuung im Beschäftigungsverhältnis.

Mehr als in der Vergangenheit soll künftig auf bereits erworbene berufliche Stärken, Kenntnisse und Fähigkeiten erwachsener behinderter Menschen aufgebaut werden. Dadurch sollen möglichst vielen Betroffenen oftmals mit einem Berufswechsel verbundene Umstellungsschwierigkeiten und sonstige Risiken erspart bleiben.

Rehabilitation soll möglichst schon im Beschäftigungsverhältnis greifen mit der Möglichkeit z. B. zur innerbetrieblichen Weiterbildung als der einer externen Umschulung vorzuziehenden Lösungsvariante in Fällen, in denen sich die Fortführung bislang ausgeführter Tätigkeiten aus gesundheitlichen Gründen verbietet.

Die Unterstützung seitens der Bundesagentur für Arbeit soll sich nicht auf die Vermittlung in Arbeit und die Erbringung der in diesem Zusammenhang erforderlichen Teilhabeleistungen beschränken. Um Arbeits- und auch Ausbildungsverhältnisse zu stabilisieren, strebt die Bundesagentur für Arbeit eine verstärkte nachgehende Betreuung an, wobei die nachgehende Betreuung auch durch Dritte (z. B. Integrationsfachdienste) im Auftrag und in Verantwortung der Arbeitsverwaltung geleistet werden kann.

Für die 28 in Deutschland im Rahmen einer bundesweiten Netzplanung errichteten Berufsförderungswerke und vergleichbare Rehabilitationseinrichtungen, die außerbetriebliche Fortbildungs-, Anpassungs- und Umschulungsmaßnahmen für erwachsene behinderte Menschen mit einem besonderen behinderungsspezifischen Betreuungs- und Förderbedarf anbieten, gilt das an anderer Stelle in Bezug auf Berufsbildungswerke Ausgeführte entsprechend.

Die Berufsförderungswerke haben im Hinblick auf die veränderten Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Transparenz und Flexibilität der Einrichtungen und zur Gewährleistung einer anhaltend guten Qualität einen umfangreichen Reform- und Weiterentwicklungsprozess durchlaufen. 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.

Die Ergebnisse dieses Reform- und Weiterentwicklungsprozesses haben in dem Berliner Programm der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke ihren Niederschlag gefunden.

Das Berliner Programm der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke befindet sich in der Umsetzungsphase, wird aber gleichzeitig der neuesten Entwicklung zügig angepasst. Ein wichtiges Merkmal der Qualität der Berufsförderungswerke ist die seit Jahren praktizierte und durch ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt mit der Universität Hamburg evaluierte Handlungs- und Projektorientierung der Qualifizierungsangebote. Diese Konzeption ist gerade für Menschen mit Behinderungen von Bedeutung, da sie eine Verzahnung von Theorie und Praxis gewährleistet und den Menschen ganzheitlich mit seinen Potenzialen in den Blick nimmt.

Eine engere Zusammenarbeit mit Betrieben zeigt sich am Beispiel der OBI Bau- und Heimwerkermärkte. Kontakte zwischen dem Berufsförderungswerk Frankfurt am Main und OBI haben seit März 1999 zur Qualifizierung zum Baumarktfachberater geführt. Bis 2004 fanden 72 Qualifizierungen statt, die Vermittlungsquote betrug 75 Prozent. Die OBI Bau- und Heimwerkermärkte haben permanenten Bedarf an gut qualifizierten Baumarktfachberatern. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, entwickeln sie derzeit in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke zur Qualifizierung von Baumarktfachberatern ein Konzept mit neuen Inhalten und werden 15 Praktikumsplätze einrichten, die fester Bestandteil der im Berufsförderungswerk angebotenen Qualifizierung sind.

Als ein vorbildliches Beispiel für die Verbesserung der Beschäftigungschancen behinderter Menschen wird das Projekt im Rahmen der Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ vorgestellt.

Die Schwerpunkte dieses Programms lassen sich wie folgt zusammenfassen

Neuentwicklung	Weiterentwicklung	Verstärkung
Angebote zur Prävention	Differenzierung des Personenkreises	Neue und erweiterte Angebote zur Eingliederung
Vielfältige Möglichkeiten für Beratungen	Stärkere Orientierung an der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der behinderten Menschen	Größere Individualisierung
Angebote für ein unterschiedliches Prozessmanagement	Hinwendung zu nachfrageorientierten Angeboten	Ausweitung von Kooperationen und Netzwerken
Angebote der Nachsorge	Vergrößerung der Leistungsvielfalt	Intensivierung der Kundenorientierung
	Ausgestaltung von Reha-Assessment	Stärkung der Arbeitsgemeinschaft
	Erweiterung wohnortnaher Angebote	
	Ausweitung Qualitätsmanagement	

Quelle: BAG BFW

Berufsförderungswerke

Standorte	Name	Zielgruppe: Umschulungsbedürftige behinderte Erwachsene ...	Umschulungs- plätze
Bad Pyrmont	Berufsförderungswerk Bad Pyrmont	unterschiedlicher Behinderungen	500
Bad Vilbel	Berufsförderungswerk Frankfurt am Main	unterschiedlicher Behinderungen	820
Bad Wildbad	Berufsförderungswerk Bad Wildbad	unterschiedlicher Behinderungen	200
Berlin	Berufsförderungswerk Berlin	unterschiedlicher Behinderungen	550
Birkenfeld	Berufsförderungswerk Birkenfeld	unterschiedlicher Behinderungen	600
Bookholzberg	Berufsförderungswerk Weser-Ems	unterschiedlicher Behinderungen	368
Dortmund	Berufsförderungswerk Dortmund	unterschiedlicher Behinderungen	950
Dresden	Berufsförderungswerk Dresden	unterschiedlicher Behinderungen	400
Düren	Berufsförderungswerk Düren Zentrum für berufliche Bildung Blinder und Sehbehinderter	blinde und sehbehinderte Menschen	180
Goslar	Berufsförderungswerk Goslar	unterschiedlicher Behinderungen	600
Halle (Saale)	Berufsförderungswerk Halle (Saale) Berufliches Bildungszentrum für Blinde und Sehbehinderte	blinde und sehbehinderte Menschen	128
Hamburg	Berufsförderungswerk Hamburg	unterschiedlicher Behinderungen	1500
Hamm	Berufsförderungswerk Hamm	unterschiedlicher Behinderungen	600
Heidelberg	Berufsförderungswerk Heidelberg	körper-, neurologisch-, psychisch behinderte Menschen, Sinnesgeschädigte sowie schwerst- und mehrfach- behinderte Menschen	1800
Heidelberg- Schlierbach	Kurt-Lindemann-Haus	Querschnittsgelähmte sowie am Stütz- und Bewegungssystem behinderte Menschen	85
Kirchseeon	Berufsförderungswerk München	unterschiedlicher Behinderungen	700
Köln	Berufsförderungswerk Michaelshoven/ Köln	unterschiedlicher Behinderungen	718
Leipzig	Berufsförderungswerk Leipzig	unterschiedlicher Behinderungen	400
Mainz- Lerchenberg	Zentrum für Physikalische Therapie Elisabeth-Dicke-Schule	blinde, sehbehinderte und sehende Menschen	162
Mühlenbeck	Berufsförderungswerk Brandenburg	unterschiedlicher Behinderungen	500
Nürnberg	Berufsförderungswerk Nürnberg	unterschiedlicher Behinderungen	630
Oberhausen	Berufsförderungswerk Oberhausen	unterschiedlicher Behinderungen	950
Schömberg	Berufsförderungswerk Schömberg	unterschiedlicher Behinderungen	645
Seeligenstädt	Berufsförderungswerk Thüringen	unterschiedlicher Behinderungen	416
Staßfurt	Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt	unterschiedlicher Behinderungen	400
Stralsund	Berufsförderungswerk Stralsund	unterschiedlicher Behinderungen	400
Vallendar	Berufsförderungswerk Vallendar	unterschiedlicher Behinderungen	508
Würzburg	Berufsförderungswerk Würzburg Berufliches Bildungszentrum für Blinde und Sehbehinderte	blinde und sehbehinderte Menschen	209

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Aus Sicht der Bundesregierung und der Bundesagentur für Arbeit stehen damit zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und in ausreichender Qualität sowohl für jugendliche als auch für erwachsene behinderte Menschen zur Verfügung. Dies gilt auch für insbesondere von behinderten Frauen nachgefragte Teilzeitangebote. Deren Anteil an den Gesamtmaßnahmen beläuft sich aktuell (2004) auf rund 5 Prozent, wobei sich diese schwerpunktmäßig auf Maßnahmen mit Schulungszielen im Bereich der Dienstleistungsberufe (hier insbesondere Verwaltungs- und Bürobereich) konzentrieren.

5.13 eLearning in der Berufsbildung

Sowohl die Industrie- und Handelskammern als auch die Zentralstelle für die Weiterbildung im Handwerk nehmen mit zunehmender Tendenz eLearning-Angebote in ihr Bildungsangebot auf, wobei so genannte blended-learning-Angebote (Verbindung von klassischem Lernen in der Gruppe mit lernortunabhängigem eLearning) überwiegen. Auch die berufsbildenden Schulen haben eLearning-Angebote in ihre Berufsbildungsprogramme aufgenommen, nachdem über das Bundesprogramm ZIBS (Zukunftsinitiative für berufsbildende Schulen) alle berufsbildenden Schulen in Deutschland mit entsprechender Hardware ausgestattet wurden.

Telelearning fördert das selbstständige Arbeiten, erfordert aber auch ein hohes Maß an Selbstdisziplin und tutorielle Begleitung. Es ermöglicht auch Personen eine Teilnahme an einer Maßnahme, die ständigen Abwesenheiten von zu

Hause nicht realisieren können. Insbesondere Frauen nutzen diese Möglichkeit des effektiven Lernens mit Erfolg.

Telelearning wird von den Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken vor allem maßnahmebegleitend eingesetzt. Als maßnahmeintegriertes Angebot bietet Telelearning durchaus Vorteile, da hierdurch die Vermittlung des Ausbildungsstoffs erleichtert werden kann.

Grundsätzlich eröffnen sich durch Telelearning aber auch berufliche Qualifizierungsmöglichkeiten für behinderte Menschen, die in Anbetracht ihrer besonderen Lebensumstände ansonsten keinen Zugang zur beruflichen Bildung erhielten.

Eine Berufsausbildung zum Bürokaufmann/zur Bürokauffrau auf der Basis des Telelearnings bieten derzeit die Berufsbildungswerke in Hannover, Potsdam und Neckargemünd an.

Auch die Berufsförderungswerke streben an, das Telelearning-Angebot in alle Berufe zu integrieren. Seit September 2000 gibt es Telelearning-Angebote in Dortmund, Dresden, Oberhausen, München, Michaelshoven, Birkenfeld, Heidelberg und Würzburg. Es werden auch Lernzentren aufgebaut, in denen selbstgesteuertes Lernen möglich ist. In einigen Häusern wurden bereits Telecoaches ausgebildet.

5.14 Leistungen der Bundesagentur für Arbeit

Ein wichtiger Träger von Leistungen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben ist neben der Rentenversicherung die Bundesagentur für Arbeit.

Entwicklung der Teilhabeförderung im Zuständigkeitsbereich der Bundesagentur für Arbeit in den Jahren 2000 bis 2003

Maßnahmeintritte nach den wesentlichen Behinderungsarten

	2000		2001		2002		2003	
	gesamt	%	gesamt	%	gesamt	%	gesamt	%
	132.894	100	135.773	100	150.367	100	141.392	100
darunter:								
Lernbehinderung	45.933	34,6	48.060	35,4	55.918	37,2	54.670	38,7
Schädigung des Stütz- und Bewegungsapparats	37.311	28,1	37.585	27,7	38.709	25,7	31.987	22,7
Psychische Behinderung	15.773	11,9	16.830	12,4	19.352	12,9	19.892	14,1

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

**Behinderte Menschen in berufsvorbereitenden/berufsfördernden Bildungsmaßnahmen
(Bestand)**

– Erst- und Wiedereingliederung –

Jahr	2000	2001	Veränderung zum VJ (in %)	2002	Veränderung zum VJ (in %)	2003	Veränderung zum VJ (in %)
gesamt	133.521	137.144	+ 2,7	147.254	+ 7,4	146.873	– 0,3

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Ausgaben für Pflicht- und Ermessensleistungen

– in Millionen Euro –

Jahr	2000	2001	Veränderung zum VJ (in %)	2002	Veränderung zum VJ (in %)	2003	Veränderung zum VJ (in %)
Ermessensleistungen	389,4	407,1	+ 4,5	447,8	+ 10	436,8	– 2,5
Pflichtleistungen	1.928,9	2.055,2	+ 6,5	2.338,4	+ 13,8	2.540,8	+ 8,7
gesamt	2.318,3	2.462,3	+ 6,2	2.786,2	+ 13,2	2.977,6	+ 6,9

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Durchschnittliche Kosten pro Leistungsempfänger

– in Euro –

Jahr	2000	2001	Veränderung zum VJ (in %)	2002	Veränderung zum VJ (in %)	2003	Veränderung zum VJ (in %)
gesamt	25.100	26.000	+ 3,6	25.100	– 3,5	24.900	– 0,8

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Maßnahmekosten in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation

– in Millionen Euro –

Jahr	2000	2001	Veränderung zum VJ (in %)	2002	Veränderung zum VJ (in %)	2003	Veränderung zum VJ (in %)
BBW	451,25	473,96	+ 5,0	494,67	+ 4,4	504,34	+ 2,0
BFW	231,47	237,39	+ 2,6	267,96	+ 12,9	287,52	+ 7,3
WfbM	231,06	237,17	+ 2,6	273,99	+ 15,5	318,50	+ 16,2

BBW = Berufsbildungswerk, BFW = Berufsförderungswerk, WfbM = Werkstatt für behinderte Menschen

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Durchschnittliche Maßnahmekosten pro Teilnehmer in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation
– in Euro –

Jahr	2000*	2001	Veränderung zum VJ (in %)	2002	Veränderung zum VJ (in %)	2003	Veränderung zum VJ (in %)
BBW		28.657		29.086	+ 1,5	29.037	– 0,2
BFW		23.849		24.151	+ 1,3	23.744	– 1,7
WfbM		16.519		16.619	+ 0,6	16.307	– 1,9

* Eine Differenzierung nach Lernorten erfolgte erst ab 2001.
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Leistungsempfänger in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation
– im Jahresdurchschnitt –

Jahr	2000*	2001	Veränderung zum VJ (in %)	2002	Veränderung zum VJ (in %)	2003	Veränderung zum VJ (in %)
BBW		16.539		17.007	+ 2,8	17.369	+ 2,1
BFW		9.954		11.095	+ 11,5	12.109	+ 9,1
WfbM		14.357		16.487	+ 14,8	19.531	+ 18,5

* Eine Differenzierung nach Lernorten erfolgte erst ab 2001.
Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Der einzelfallbezogene Aufwand bei den Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen hat ein beachtliches Niveau erreicht, was die nachstehende Modellrechnung (auf der Basis der Durchschnittswerte für das Jahr 2003) für die Kosten einer dreijährigen Ausbildung eines behinderten

jugen Menschen in einem Berufsbildungswerk verdeutlicht. Die Kosten für den Berufsschulunterricht sind darin nicht enthalten, da diese Kosten von den Ländern getragen werden.

Teilnahmekosten	Ausbildungsgeld	Erstattung der Sozialversicherungsbeiträge	Gesamtaufwendungen – in Euro –
88.474	3.348	6.765	98.587

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Haushaltsrahmen für Teilhabeleistungen nach dem SGB III in 2004
– in Euro –

	2003 (Ist)	2004 (Soll)	Steigerung in %
Pflichtleistungen	2.540.817.341	2.765.850.000	8,9
Ermessensleistungen	436.833.974	597.400.000	36,8
Teilhabeleistungen gesamt	2.977.651.315	3.363.250.000*	13,0

* Zusätzlich werden für Zuschüsse zur Förderung der Eingliederung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen noch 353 Mio. Euro (davon 170 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds) bereitgestellt (Steigerung gegenüber den Ausgaben in 2003 um 11 Prozent), sodass der Bundesagentur für Arbeit 2004 für die Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben insgesamt mehr als 3,7 Mrd. Euro zur Verfügung stehen.

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Ab dem Haushaltsjahr 2004 werden alle Teilhabeleistungen (Ermessens- und Pflichtleistungen) in einem Reha-Deckungskreis bewirtschaftet. Dies erhöht den Gestaltungsspielraum der Arbeitsagenturen. Die Mittelverteilung auf die Regionaldirektionen erfolgte im Jahr 2004 erstmals nach einem an objektiven Kriterien ausgerichteten Verteilungsschlüssel. Für die Bereiche Erst- und Wiedereingliederung wurden jeweils eigenständige Indikatoren erarbeitet.

5.15 Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Ziel der beruflichen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung ist es, eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen und damit zugleich vorzeitige Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu vermeiden. Leistungen zur Teilhabe am

Arbeitsleben der Rentenversicherung können Versicherte beanspruchen, die

- eine Wartezeit von 15 Jahren – insbesondere durch Beitragszeiten – erfüllt haben,
- eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen,
- ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erhalten müssten oder
- diese Leistungen unmittelbar im Anschluss an medizinische Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation benötigen und
- im Übrigen die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI erfüllen.

Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Rentenversicherung

Jahr	Anzahl	Aufwend. incl. SV anteilig in Mio. Euro	Anteil an ges. Aufw.	Anzahl berufl. Bild.	Anteil Frauen
1997	110.546	969,5	23,0 %	27.057	27,2 %
1998	99.646	868,6	21,2 %	26.128	26,1 %
1999	105.047	811,7	19,7 %	25.054	25,6 %
2000	122.880	774,4	17,1 %	24.955	25,8 %
2001	155.072	999,4	21,0 %	28.489	22,9 %
2002	178.283	1.168,5	23,3 %	30.498	24,3 %
2003	195.992	1.303,1	25,6 %	28.935	28,2 %

Quelle: VDR

Maßnahmeart	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer
	2003	2003	1997	1997	Veränd. %	Veränd. %
Eignungsabklärung/Arbeitserprobung	14.873	14	6.843	14	+ 117,3	+ 0,0
Überbrückungsgeld	373					
bed. L. z. T. A. durch Vermittlungsbescheide	96.108					
bed. Kfz-Hilfen zur Rentenversicherung	742					
Umsetzung im bisherigen Betrieb	5.640		9.945		– 43,3	
Vermittlung in einen anderen Betrieb	4.541		36.946		– 87,7	
Trennungskostenbeihilfe	59	141	3	0	+1866,7	
Fahrkostenbeihilfe	305	147	8	179	+3712,5	– 17,9

Maßnahmeart	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer
	2003	2003	1997	1997	Veränd. %	Veränd. %
Umzugskostenbeihilfe	75		25		+ 200,0	
Wohnkosten (Umbauzuschuss)	88		22		+ 300,0	
Übergangsbeihilfe	159		21		+ 657,1	
Arbeitsausrüstung, technische Hilfen	13.027		3.545		+ 267,5	
sonstige Hilfen	843		1.605		– 47,5	
Arbeitsassistenz	9	153				
Trainingsmaßnahmen	427	98				
Programmierter Unterricht	219	155	176	135	+ 24,4	+ 14,8
Reha-Vorbereitungslehrgang	8.283	91	7.506	121	+ 10,4	– 24,8
Teilzeitvorförderung	456	91	295	117	+ 54,6	– 22,2
Fernförderung	436	92	716	94	– 39,1	– 2,1
Blindentechische Grundausbildung	48	260	56	250	– 14,3	+ 4,0
Training lebenspraktischer Fähigkeiten	57	130				
Inanspruchnahme v. Integrationsfachdiensten	346					
Spezielle Qualifizierungsmaßnahme						
ohne rehabilitative Hilfen	3.362	385				
mit partiellen rehabilitativen Hilfen	1.323	191				
mit umfassenden rehabilitativen Hilfen	341	307				
Weiterbildung/Ausbildung						
ohne rehabilitative Hilfen	8.400	441				
mit partiellen rehabilitativen Hilfen	2.235	479				
mit umfassenden rehabilitativen Hilfen	4.005	541				
Integrationsmaßnahmen						
ohne rehabilitative Hilfen	5.651	212				
mit partiellen rehabilitativen Hilfen	2.865	195				
mit umfassenden rehabilitativen Hilfen	753	226				
RPK-/BTZ-Leistungen	395	235	75	318	+ 426,7	– 26,1
Leistung in Werkstatt für beh. Menschen	6.991	247	5.525	347	+ 26,5	– 28,8
Hilfe zum Erwerb eines Kfz ohne behinderungsbedingte Zusatzausstattung	346					
Hilfe zum Erwerb eines Kfz mit behinderungsbedingte Zusatzausstattung	1.029					
Behinderungsbedingte Zusatzausstattung	964					
Hilfe zum Erwerb einer Fahrerlaubnis	75					
Beförderungskosten	453					

Maßnahmeart	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer	Anzahl	Dauer
	2003	2003	1997	1997	Veränd. %	Veränd. %
Eingliederungszuschuss	6.858	221	4.697	213	+ 46,0	+ 3,8
Zuschuss für Arbeitshilfen/Einrichtungen	1.142		462		+ 147,2	
Zuschuss für befristete Probebeschäftigung	1.662	57	411	76	+ 304,4	– 25,0
Zuschuss f. Ausbildung/Umschulung im Betr.	28	101	11	233	+ 154,5	– 56,7
Leistungen insgesamt	195.992		110.546		+ 77,3	
Leistungen insgesamt (ohne MSATBF)	99.884		110.546		– 9,6	
Berufliche Umschulung			15.044	511		
Berufliche Ausbildung			1.189	449		
Berufliche Fortbildung			3.276	339		
Berufliche Anpassung			2.244	248		
Berufliche Integration			5.304	222		

Quelle: VDR

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 Menschen zuständig ist, die bereits beruflich eingegliedert sind oder waren und vielfach die Chance erhalten, einen für sie entsprechend ihrer Qualifikation geeigneten neuen Arbeitsplatz bei ihrem bisherigen oder einem anderen Arbeitgeber zu erhalten.

5.16 Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung

Neben der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten und neben der medizinischen Rehabilitation gehören insbesondere auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu den wesentlichen Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie sollen Verletzten nach ihrer Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung ihrer Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit möglichst auf Dauer eine Beschäftigung sichern. 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 Leistungen (z. B. 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.

Zur Vorbereitung des Übergangs von behinderten Jugendlichen aus Sonderschulen oder integrativen Einrichtungen

in die Berufsausbildung wird durch die gesetzliche Unfallversicherung zunächst die Eignung (körperliche und geistige Leistungsfähigkeit) der Versicherten festgestellt. Aufgrund dieser Feststellungen wird – in der Regel nach persönlichen Gesprächen mit allen Beteiligten – entschieden, welche Maßnahmen im Einzelfall in Betracht kommen (z. B. Ausbildung in einem Berufsbildungswerk, Ausbildung mit sozialpädagogischer Betreuung im dualen Bildungssystem, Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen).

Rehabilitationsdienste und -einrichtungen stehen in ausreichendem Maße zur Verfügung. Probleme bereitet mitunter die individuelle Gestaltung des Rehabilitationsverfahrens, insbesondere für hoch querschnittgelähmte und schwer schädel-hirn-verletzte Teilnehmer. Einerseits spielen dabei sicher der hohe pflegerische Aufwand, andererseits die persönlichen Bedürfnisse sowie der individuelle Betreuungsaufwand eine Rolle. Für diesen Personenkreis ergeben sich hinsichtlich Art, Ort und Umfang der Ausbildung nicht unerhebliche Einschränkungen.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die besonderen Bedürfnisse behinderter Frauen und Mädchen berücksichtigt. So wird z. B. versucht, das angestrebte Ziel der beruflichen Eingliederung über wohnortnahe Maßnahmen zu erreichen. Teilzeitangebote werden verstärkt in Anspruch genommen. Allerdings ist das Angebot an Teilzeitmaßnahmen bislang sehr eingeschränkt. Überwiegend werden Bildungsmaßnahmen in kaufmännischen Berufen angeboten.

Von der Möglichkeit, Teilabschlüsse zu erzielen, wird Gebrauch gemacht. Diese münden teilweise in Vollausbildungsverhältnisse ein. Die Vermittlungsaussichten bei Stufenausbildung sind im Allgemeinen schlechter.

Von besonderer Bedeutung bei der Wiedereingliederung von Unfallverletzten und Berufserkrankten ist 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 Bundesagentur für Arbeit sowie enge Kontakte zu den Betrieben führen dazu, dass über 80 Prozent der beruflichen Rehabilitanden nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten wieder langfristig in das Erwerbsleben eingegliedert werden können.

Übersicht: Berufliche Reha-Maßnahmen/Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
(Gesetzliche Unfallversicherung)

nach Art der Maßnahme und Jahr des Reha-Abschlusses*				
Maßnahmen	Abschluss des Reha-Falles im Jahr ...			
	1993	1995	1997	2000
Hilfen zur Erlangung/Erhaltung eines Arbeitsplatzes	13 264	15 390	15 666	15 749
Förderung der Arbeitsaufnahme	158	199	163	324
Eingliederungshilfe an Arbeitgeber	635	786	1 047	1 689
Technische Arbeitshilfen	340	397	434	588
KfZ-Hilfen	725	697	641	669
Wohnungshilfe	102	138	84	216
Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz	372	419	316	284
Schulische Maßnahmen zur Berufsvorbereitung	24	49	83	94
Nachholen von schulischen Bildungsabschlüssen	9	6	3	7
Vorförderkurse Schulwissen	636	768	779	749
Blindentechische und vergleichbare Ausbildung	6	10	4	13
Sonstige berufsvorbereitende Maßnahmen	271	380	817	1 194
Berufliche Anpassung/Anlernung	139	230	371	597
Berufliche Ausbildung	320	353	328	244
Berufliche Umschulung	2 819	3 150	3 248	2 988
Berufliche Fortbildung	230	316	507	490
Berufsförderung in Werkstätten für beh. Menschen	16	17	31	67
Hilfen zur Existenzgründung/-erhaltung	41	62	55	81
Sonstige berufsfördernde Maßnahmen	584	349	198	261
insgesamt	20 691	23 716	24 775	26 304

* Jahr, in dem der Reha-Versicherungsfall abgeschlossen wurde.
Quelle: HVBG

Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Gesetzliche Unfallversicherung, ohne Schüler-UV

Jahr	Mio. Euro
1996	313,48
1997	321,42
1998	300,09
1999	278,09
2000	266,39
2001	261,78
2002	285,58
2003	301,61

5.17 Leistungen des sozialen Entschädigungsrechts

Auf der Grundlage des sozialen Entschädigungsrechts können insbesondere Kriegs-, Wehrdienst-, Impfschadens- und Gewaltopfer bei Bedarf berufsfördernde Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beanspruchen. Als laufende Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß §§ 26 und 26a Bundesversorgungsgesetz wurden im Jahr 2002 an 769 Berechtigte rund 6,8 Mio. Euro gezahlt (Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 3, 2002).

5.18 Sozial- und Jugendhilfe als „Ausfallbürge“

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

5.19 Berufliche Rehabilitation von Frauen

Untersuchungen und Tagungsberichte weisen immer wieder darauf hin, dass Frauen in der beruflichen Rehabilitation deutlich größere Probleme haben als Männer. Sie verfügen oft über geringere berufliche Vorerfahrungen, müssen familiäre Verpflichtungen berücksichtigen und haben Probleme mit den Rahmenbedingungen von Qualifizierungsmaßnahmen.

Obwohl eine Reihe von Regelungen im SGB IX die Stellung der Frauen in der beruflichen Rehabilitation gestärkt hat, kann die Entwicklung seit 2001 aus Sicht der Bundesregierung insgesamt noch nicht vollständig befriedigen. Allerdings haben sich durchaus auch schon Erfolge

eingestellt. So ist beispielsweise der Anteil behinderter Frauen in den Berufsförderungswerken auf 23 Prozent im Jahre 2002 gestiegen; bei den kaufmännischen und verwaltenden Berufen liegt dort der Anteil behinderter Frauen sogar bei über 50 Prozent. Diese im Grundsatz positive Entwicklung bestätigen auch einschlägige statistische Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke, wonach dort die Entwicklung des Anteils behinderter Frauen in den Ausbildungsmaßnahmen in ähnlicher, teilweise sogar noch in deutlich besserer Weise verläuft.

Rehabilitanden mit Familienpflichten – nach Sachlage betrifft dies vor allem Frauen – befinden sich regelmäßig in einem Grundkonflikt zwischen ihren Familienpflichten und dem Bestreben nach eigener beruflicher Verwirklichung. Dieser Konflikt wird – anders als bei nichtbehinderten Frauen – noch dadurch verstärkt, dass sie in vielen Fällen wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung allgemeine Bildungsangebote vor Ort nicht nutzen können und deshalb auf die Angebote entfernt gelegener Rehabilitationseinrichtungen zurückgreifen müssen. Diese Probleme kann die Rehabilitation nur ansatzweise lösen, indem z. B. die Möglichkeit der Mitnahme kleiner Kinder an den Lernort eingeräumt wird. Die Kosten der Unterbringung und Betreuung des Kindes am Lernort der Mutter werden im Bedarfsfall zusätzlich vom zuständigen Leistungsträger übernommen.

5.20 Rehabilitation vor Versorgung

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 – ggf. 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.

5.21 Berufliche Rehabilitation und psychisch behinderte Menschen

Psychisch behinderte Menschen stellen für die berufliche Rehabilitation zunehmend eine besondere Herausforderung dar. Besondere Rehabilitationseinrichtungen, die Beruflichen Trainingszentren (BTZ), stellen sich engagiert dieser Herausforderung. Sie bereiten insbesondere

psychisch behinderte Menschen, die den Anforderungen und Belastungen einer Ausbildung oder Umschulung noch nicht gewachsen sind, hierauf angemessen vor. Psychisch behinderte Menschen, bei denen die medizinische Rehabilitation ebenfalls abgeschlossen ist und die zu ihrer Rückkehr ins Berufsleben keiner beruflichen Neuorientierung bedürfen, werden von den BTZ auf eine unmittelbare Rückkehr ins Arbeits- und Berufsleben vorbereitet.

BTZ

Standort	Gründung	Arbeitsaufnahme	Kapazität	Durchschnittliche Belegung 2003
Berlin	1996	1997	45	46
Bremenhaven	1999	1999	45	32
Bremerhaven*		2001	4	4
Leer*		2002	4	4
Wilhelmshaven*		2002	5	5
Dortmund	1994	1996	90	86
Duisburg	1993	1993	75	78
Hamburg	1986	1987	113	110
Lüneburg*		2002	15	12
Köln	1993	1993	70	70
Paderborn	1995	1996	56	60
Plauen	1997	1997	78	76
Schleusingen	1997	1997	18	17
Erfurt*	2001	2002	18	15
Straubing	1984	1984	55	58
Wiesloch	1980	1980	60	92
Frankfurt*		2002	16	20

* Regionale Angebote.

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren

Eintritte in Maßnahmen der BTZ

Jahr	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Alle BTZ	555	619	713	788	892	1034	1098

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren

6. Beschäftigung schwerbehinderter Menschen

Das Schwerbehindertenrecht in Teil 2 des SGB IX ergänzt mit den besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach diesem Buch sowie das arbeitsmarktpolitische Instrumentarium des Arbeitsförderungsrechts nach dem SGB III. Es soll dazu beitragen, schwerbehinderten und diesen gleichgestellten behinderten Menschen einen geeigneten behinderungsgerechten Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu verschaffen und zu erhalten sowie behinderungsbedingte Nachteile oder Mehraufwendungen im Arbeits- und Berufsleben auszugleichen oder abzugelten. Hierzu hält es ein umfangreiches Instrumentarium bereit, insbesondere

- Leistungen zur Förderung der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben einschließlich der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben,
- die Integrationsfachdienste für die Beratung und Unterstützung schwerbehinderter Menschen sowie als Ansprechpartner für die Arbeitgeber,
- das System von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe,
- die besonderen Interessenvertretungen der schwerbehinderten Menschen in den Betrieben und Dienststellen,
- den besonderen Kündigungsschutz,
- Integrationsprojekte als Bindeglied auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und
- Werkstätten für behinderte Menschen.

6.1 Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen erfolgreich

Von den 6,7 Millionen anerkannten schwerbehinderten Menschen (siehe Kapitel 1.6) waren rund 840 000 (Erhebung Oktober 2002) schwerbehinderte Menschen in Betrieben und Dienststellen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt, etwa 227 000 (Erhebung 2002) in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen.

Die Zahl der arbeitslos gemeldeten schwerbehinderten und der ihnen gleichgestellten behinderten Menschen betrug im Jahre 1998 jahresdurchschnittlich 189 633. Die Zahl stieg 1999 auf jahresdurchschnittlich 193 236 arbeitslose schwerbehinderte Menschen an. Mit dem im Rahmen des Gesetzes zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter geschaffenen Instrumentarium zur besseren Eingliederung schwerbehinderter Menschen in das Arbeitsleben sowie der Kampagne „50 000 Jobs für Schwerbehinderte“ konnte bis Oktober 2002 die Zahl der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen auf 144 292 verringert werden, im Vergleich zum Oktober 1999 war dies ein Rückgang um rund 24 Prozent. Die Bemühungen um den Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen waren damit auch angesichts der konjunkturellen Entwicklung und der weltwirtschaftlichen Lage sowie unter Berücksichtigung des Trends der allgemeinen Arbeitslosigkeit sehr erfolgreich. Der seit den 80er-Jahren bestehende Trend einer beständig ansteigenden Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen konnte nicht nur gestoppt, sondern sogar umgekehrt werden.

Vom Winter 2002/2003 an ist die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen – im Zuge des Anstiegs der allgemeinen Arbeitslosigkeit – wieder angestiegen. Im Oktober 2004 waren insgesamt 172 516 schwerbehinderte Menschen arbeitslos, der Anteil der schwerbehinderten Menschen an allen Arbeitslosen betrug 4,1 Prozent.

Zu-/Abgänge von arbeitslosen schwerbehinderten Männern und Frauen getrennt nach erfasster Zu- bzw. Abgangsart (Grund)

Zugang/Abgang (Z/A) an arbeitslosen schwerbehinderten Menschen nach dem Status vor der Meldung Männer und Frauen

	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Z insgesamt	247.798	227.237	219.186	226.776	215.719	213.240
A insgesamt	256.994	254.016	252.324	257.301	235.008	235.194
Z Erwerbstätigkeit	93.259	85.605	76.020	77.178	76.113	73.557
A Erwerbstätigkeit	56.598	55.413	56.405	57.392	54.628	48.423
Z Ausbildung	16.487	20.020	17.701	19.016	17.821	18.184
A Ausbildung	11.208	25.195	18.880	18.006	15.793	15.180
Z Nichterwerbstätige	137.870	121.606	125.465	130.580	121.784	121.497
A Nichterwerbstätige	160.364	137.495	138.871	135.539	133.763	116.723
Z Sonst./k. Angaben	182	6		2	1	2
A Sonst./k. Angaben	160.546	137.501	138.871	135.541	133.764	116.725

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Zugang/Abgang (Z/A) an arbeitslosen schwerbehinderten Menschen nach dem Status vor der Meldung
– Männer –

	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Z insgesamt	147.907	136.374	131.653	136.951	131.119	131.996
A insgesamt	153.412	152.122	152.411	158.363	145.545	147.789
Z Erwerbstätigkeit	58.486	53.700	47.997	48.636	48.325	47.721
A Erwerbstätigkeit	36.009	34.647	35.450	36.666	35.111	31.853
Z Ausbildung	9.929	12.203	10.791	11.707	10.818	11.215
A Ausbildung	7.057	15.756	11.617	11.276	9.997	9.524
Z Nichterwerbstätige	79.387	70.466	72.865	76.607	71.975	73.058
A Nichterwerbstätige	93.093	80.113	82.002	81.021	81.220	72.121
Z Sonst./k. Angaben	105	5		1	1	2
A Sonst./k. Angaben	93.198	80.118	82.002	81.022	81.221	72.123

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Zugang/Abgang (Z/A) an arbeitslosen schwerbehinderten Menschen nach dem Status vor der Meldung
– Frauen –

	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Z insgesamt	99.891	90.863	87.533	89.825	84.600	81.244
A insgesamt	103.582	101.894	99.913	98.938	89.463	87.405
Z Erwerbstätigkeit	34.773	31.905	28.023	28.542	27.788	25.836
A Erwerbstätigkeit	20.589	20.766	20.955	20.726	19.517	16.570
Z Ausbildung	6.558	7.817	6.910	7.309	7.003	6.969
A Ausbildung	4.151	9.439	7.263	6.730	5.796	5.656
Z Nichterwerbstätige	58.483	51.140	52.600	53.973	49.809	48.439
A Nichterwerbstätige	67.271	57.382	56.869	54.518	52.543	44.602
Z Sonst./k. Angaben	77	1		1		
A Sonst./k. Angaben	67.348	57.383	56.869	54.519	52.543	44.602

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

In allen Agenturen für Arbeit sind besondere Bereiche zur Eingliederung behinderter und schwerbehinderter Menschen eingerichtet worden (Reha-Teams bzw. Reha/SB-Stellen). In Hauptämtern und größeren Geschäftsstellen wurde die Vermittlung behinderter und schwerbehinderter Menschen entsprechend dem gesetzlichen Auftrag in die Hände spezialisierter Vermittlerinnen und Vermittler gelegt. Auch in den kleineren Geschäftsstellen ist sicherge-

stellt, dass sich zumindest ein Vermittler oder eine Vermittlerin schwerpunktmäßig um die Vermittlung schwerbehinderter Menschen kümmert.

Im Rahmen des „Aktionsprogramms berufliche Integration Schwerbehinderter (ABIS)“ wurde durch interne Umschichtungen das Personal in den hierfür zuständigen Organisationseinheiten um insgesamt 270 Kräfte (davon

90 vorübergehend), also rund 1,5 pro Arbeitsagentur verstärkt. Mit 90 dieser Kräfte wurde der Aufbau der Integrationsfachdienste unterstützt.

Auch nach der Neuorganisation der Bundesagentur für Arbeit werden in den Agenturen für Arbeit spezialisierte Teams für die vermittlerische und beraterische Betreuung von Rehabilitanden und schwerbehinderten Menschen zuständig sein. Durch diese spezialisierten Teams wird weiterhin eine zielgruppenspezifische Betreuung gewährleistet.

Reha-spezifische administrative Aufgaben und Aufgaben nach dem SGB IX sollen, sofern eine effektive und effiziente Erledigung gewährleistet werden kann, ebenfalls in diesen Organisationseinheiten gebündelt werden. Hierzu werden derzeit verschiedene Organisationsmodelle in den Modellagenturen erprobt.

Lohnersatzleistungen wie das Ausbildungs- und das Übergangsgeld werden aus Effizienzgründen in einer auf

die Gewährung von Geldleistungen spezialisierten Organisationseinheit bearbeitet.

Die Entwicklung der Abgänge schwerbehinderter Menschen in Erwerbstätigkeit und der Vermittlungen durch Auswahl und Vorschlag durch die Bundesagentur für Arbeit (siehe nachstehende Tabellen) sind vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren zunehmend schwierigeren Arbeitsmarktlage zu beurteilen.

Trotz der Marktwidrigkeiten liegt der Abgang in Erwerbstätigkeit über die betrachteten Jahre in etwa auf gleichem Niveau. Die Zahl der von der Bundesagentur für Arbeit direkt getätigten Vermittlungen „nach Auswahl und Vorschlag“ ist zurückgegangen.

Der Anstieg bei den übrigen Abgangsgründen kann im Wesentlichen durch die konsequent angewandte Strategie „Fördern & Fordern“ erklärt werden.

Vermittlungen nach Auswahl und Vorschlag durch die Bundesagentur für Arbeit im Kontext der Gesamtabgänge

	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Männer und Frauen						
Abgänge insgesamt	256.994	254.016	252.324	257.301	235.008	235.194
Erwerbstätigkeit	56.598	55.413	56.405	57.392	54.628	48.423
dar. Vermittlung BA	25.388	32.734	39.155	38.031	34.447	30.384
Ausbildung	11.208	25.195	18.880	18.006	15.793	15.180
Nichterwerbstätigkeit	160.364	137.495	138.871	135.539	133.763	116.723
Sonstige	11.308	13.763	11.551	9.970	10.520	11.222
Keine Angaben	17.516	22.150	26.617	36.394	20.304	43.640

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Vermittlungen nach Auswahl und Vorschlag durch die Bundesagentur für Arbeit im Kontext der Gesamtabgänge

	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Männer						
Abgänge insgesamt	153.412	152.122	152.411	158.363	145.545	147.789
Erwerbstätigkeit	36.009	34.647	35.450	36.666	35.111	31.853
dar. Vermittlung BA	15.578	19.972	24.198	24.132	21.696	19.715
Ausbildung	7.057	15.756	11.617	11.276	9.997	9.524
Nichterwerbstätigkeit	93.093	80.113	82.002	81.021	81.220	72.121
Sonstige	6.632	7.877	6.601	5.799	6.244	6.644
Keine Angaben	10.621	13.729	16.741	23.601	12.973	27.642

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

**Vermittlungen nach Auswahl und Vorschlag durch die Bundesagentur für Arbeit
im Kontext der Gesamtabgänge**

	2003	2002	2001	2000	1999	1998
Frauen						
Abgänge insgesamt	103.582	101.894	99.913	98.938	89.463	87.405
Erwerbstätigkeit	20.589	20.766	20.955	20.726	19.517	16.570
dar. Vermittlung BA	9.810	12.762	14.957	13.899	12.751	10.669
Ausbildung	4.151	9.439	7.263	6.730	5.796	5.656
Nichterwerbstätigkeit	67.271	57.382	56.869	54.518	52.543	44.602
Sonstige	4.676	5.886	4.950	4.171	4.276	4.578
Keine Angaben	6.895	8.421	9.876	12.793	7.331	15.998

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Trotz relativ konstanter Zahlen der Abgänge in Erwerbstätigkeit insgesamt ist die Entwicklung des Entlass- und Wiedereinstellungsverhaltens in einzelnen Branchen in der Bewertung zu berücksichtigen. Nach den Erkenntnissen der Bundesagentur für Arbeit ist zunehmend zu beobachten, dass Unternehmen ihre Beschäftigten schon bei sehr kurzen Zeiträumen zurückgehender Auftragslage entlassen und bei Vorliegen von genügend Arbeit wieder einstellen. Zu diesem Effekt der „Mehrfacheinstellungen“ liegen allerdings keine gesicherten statistischen Daten vor. Die Bundesregierung erwartet hier allerdings eine Änderung in diesem Verhalten von Unternehmen auch unter dem Gesichtspunkt sozialer Verantwortung.

6.2 Förderrecht ausgebaut und vereinfacht

Der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben kommt für die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben eine besondere Bedeutung zu. Sie umfasst Maßnahmen und Leistungen, die über die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Maßnahmen und Leistungen der Rehabilitationsträger hinaus erforderlich sind, um schwerbehinderten Menschen einen angemessenen Platz im Arbeits- und Berufsleben und damit in der Gesellschaft zu sichern.

Das Recht der Förderung der Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen nach dem Schwerbehindertengesetz durch Lohnkostenzuschüsse und Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung hatte sich in der Vergangenheit für die Arbeitgeber als schwer durchschaubar und schwer handhabbar erwiesen. Dies hatte seine Ursache darin, dass die Förderung nach dem Schwerbehindertengesetz nur zusätzlich zu den Leistungen der Bundesagentur für Arbeit oder eines anderen Trägers der beruflichen Rehabilitation erfolgen konnte. In der Praxis bedeutete dies, dass die Arbeitgeber mindestens zwei Anträge auf verschiedene Förderleistungen stel-

len mussten und entsprechende Förderbescheide zu erlassen waren.

Um die Eingliederung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstärken, wurde deshalb mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter vom 29. September 2000 das Förderrecht vereinfacht. Zur Verwaltungsvereinfachung und besseren Transparenz für alle Beteiligten wurde die zusätzliche Förderung bei der Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen nach dem Schwerbehindertengesetz und dem Ersten Abschnitt der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe als zusätzlicher Fördertatbestand in das SGB III übernommen. Damit muss nur noch ein Antrag auf Förderleistungen gestellt werden. Des Weiteren wurden das Förderrecht materiell verbessert und die Zuweisungen an die Bundesagentur für Arbeit aus Mitteln des Ausgleichsfonds deutlich erhöht.

Neben den Zuschüssen zu den direkten Lohnkosten (Eingliederungszuschüsse) können nunmehr auch die Anteile des Arbeitgebers an den Sozialversicherungsbeiträgen, insgesamt bis zu 70 Prozent des Arbeitsentgeltes, übernommen werden. Gefördert werden können jetzt auch Beschäftigungsverhältnisse bei Arbeitgebern, die ihre Beschäftigungspflicht nicht erfüllt haben. Die Eingliederungszuschüsse können bis zur Dauer von drei Jahren erbracht werden. Im Falle der Einstellung älterer arbeitsloser schwerbehinderter Menschen über 50 bzw. 55 Jahre können sie bis zu einer Dauer von fünf bzw. acht Jahren gewährt werden. Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung können regelmäßig bis zur Höhe von 80 Prozent der Ausbildungsvergütung des letzten Ausbildungsjahres erbracht werden, in besonderen Fällen auch in Höhe der vollen Vergütung. Auch hier werden die entsprechenden Anteile des Arbeitgebers an den Sozialversicherungsbeiträgen gefördert.

Für Eingliederungszuschüsse und Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung sind der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2000 (für die Monate Oktober bis Dezember) Mittel in Höhe von 87,5 Mio. DM (44,7 Mio. Euro), im Jahr 2001 in Höhe von 350 Mio. DM (179 Mio. Euro) sowie in den Jahren 2002 und 2003 in Höhe von 180 Mio. bzw. 170 Mio. Euro aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe des Bundes (Ausgleichsfonds) zur Verfügung gestellt worden. Daneben hat die Bundesagentur für Arbeit eigene Haushaltsmittel verwendet.

Die Verminderung der Zuweisung im Jahre 2003 ist Folge der geringeren Einnahmen aus der Ausgleichsabgabe für das Jahr 2002 im Vergleich der Einnahmen für das Jahr

2001 (§ 41 Abs. 1 Satz 2 der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung).

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung vom 16. Januar 2004 sind die Zuweisungen des Ausgleichsfonds an die Bundesagentur für Arbeit für das Jahr 2004 auf 170 Mio. Euro und ab dem Jahr 2005 auf 26 Prozent des Aufkommens an Ausgleichsabgabe festgelegt worden.

Mit den Mitteln der Ausgleichsabgabe sind in den Jahren 2001 bis 2003 die nachfolgend aufgeführten Förderungen erfolgt:

Förderfälle schwerbehinderter Männer und Frauen mit Eingliederungszuschüssen für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen (§ 222a SGB III) und Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung schwerbehinderter Menschen (§ 235a SGB III)

Berichtszeitraum	Geförderte schwerbehinderte Menschen insgesamt		Davon					
			Eingliederungszuschuss für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen (§ 222a SGB III)		Zuschuss zur Ausbildungsvergütung schwerbehinderter Menschen (§ 235a Abs. 1 SGB III)		Eingliederungszuschuss bei Übernahme im Anschluss an eine Aus- oder Weiterbildung (§ 235a Abs. 3 SGB III)	
			insgesamt	Weiblich	insgesamt	Weiblich	insgesamt	Weiblich
2000 (ab Oktober)	2.084	749	2.043	729	39	18	2	2
2001	17.441	6.378	16.610	6.025	785	332	46	21
2002	19.507	7.414	18.546	6.961	902	432	59	21
2003	17.591	6.545	16.509	6.085	1.026	438	56	22

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Finanzielle Entwicklung der Leistungen nach den § 222a bzw. 235a SGB III
– Beträge jeweils in Euro –

Eingliederungszuschüsse für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen nach § 222a SGB III

2000*	2001	2002	2003
5.243.764	127.281.515	251.394.314	290.188.916

* ab Oktober

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung schwerbehinderter Menschen nach § 235a Abs. 1 SGB III

2000*	2001	2002	2003
90.399	3.538.234	10.151.050	15.461.099

* ab Oktober

Quelle Bundesagentur für Arbeit

**Zuschüsse zur Übernahme im Anschluss an eine abgeschlossene Aus- oder Weiterbildung
nach § 235a Abs. 3 SGB III**

2000*	2001	2002	2003
5.058	376.020	814.824	813.104

* ab Oktober

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

**Abwicklung der besonderen Förderung der Einstellung und Beschäftigung Schwerbehinderter
nach § 33 Abs. 2 SchwbG (a. F.) (FdE-Altfälle)**

2000*	2001	2002	2003
38.922.095	116.664.434	52.298.017	11.825.401

* ab Oktober

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Ausschließlich aus Haushaltsmitteln der Bundesagentur für Arbeit sind für die Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen daneben noch zusätzlich Eingliederungszuschüsse nach § 218 SGB III in folgendem Umfang erbracht worden:

Eingliederungszuschuss (EGZ)

	schwerbehin- derte Menschen insgesamt	bei Einarbeitung	bei erschwelter Vermittlung	für ältere Arbeitnehmer	für Berufs- rückkehrer
Bund					
2000	7.521	68	6.469	970	15
2001	4.434	30	3.452	946	6
2002	2.161	23	1.427	709	*
2003	1.474	17	877	575	4
West					
2000	5.122	46	4.354	711	11
2001	2.856	18	2.214	619	5
2002	1.386	16	945	423	*
2003	949	11	611	324	3
Ost					
2000	2.399	22	2.115	258	4
2001	1.578	13	1.239	326	*
2002	774	7	482	285	0
2003	525	6	266	251	*

* Zahlenwerte unter 3 werden anonymisiert

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Neben den Lohnkostenzuschüssen an Arbeitgeber haben auch die individuellen Leistungen an Arbeitgeber eine erhebliche Bedeutung für die Erhaltung und Sicherung von Arbeitsplätzen schwerbehinderter Menschen. Das gilt insbesondere für die Leistungen zur Schaffung und zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen. Zwar haben schwerbehinderte Menschen gegenüber ihren Arbeitgebern einen Rechtsanspruch auf behinderungsgerechte Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätten sowie auf Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen. Ein solcher Anspruch besteht jedoch nur, soweit die Erfüllung für den Arbeitgeber zumutbar oder nicht mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden ist. Im Übrigen unterstützen die Agenturen für Arbeit und die Integrationsämter die Arbeitgeber bei der Durchführung dieser Maßnahmen. Ohne die finanzielle Förderung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe würden neue behinderungsgerechte Arbeits- und Ausbildungsplätze oftmals nicht geschaffen und vorhandene Arbeitsplätze nicht behinderungsgerecht eingerichtet werden.

In erheblichem Umfang tragen auch die Leistungen zur Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen zur Erhaltung und Sicherung von Arbeitsverhältnissen bei. Hier sind in den vergangenen Jahren erhebliche Steigerungen zu verzeichnen, sowohl was die Zahl der geförderten schwerbehinderten Beschäftigten als auch die Höhe der aufgewendeten Mittel aus der Ausgleichsabgabe angeht.

Die Leistungen der Integrationsämter an Arbeitgeber sind in der folgenden Übersicht dargestellt.

Neben Betrieben und Dienststellen privater und öffentlicher Arbeitgeber können auch im Arbeitsleben stehende schwerbehinderte Menschen Leistungen der begleitenden Hilfe aus Mitteln der Ausgleichsabgabe der Integrationsämter erhalten. Die begleitende Hilfe im Arbeitsleben soll darauf hinwirken, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können, sowie befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten.

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter vom 29. September 2000 ist klargestellt worden, dass Leistungen der begleitenden Hilfe auch bei befristeten Beschäftigungsverhältnissen und bei einer Beschäftigung in Teilzeit mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von wenigstens 15 Stunden erbracht werden können.

Die Leistungen an schwerbehinderte Menschen im Rahmen der begleitenden Hilfe bewegen sich seit Jahren auf einem hohen Niveau. Das gilt sowohl für die Zahl der geförderten schwerbehinderten und gleichgestellten behinderten Menschen als auch für die hierfür aufgewendeten Mittel aus der Ausgleichsabgabe. Lediglich die Aufwendungen für Wohnungshilfen und für Hilfen in besonderen Lebenslagen haben sich vermindert. Der Rückgang bei den Aufwendungen für die Wohnungshilfe ist auf die im SGB IX neu geregelte vorrangige Zuständigkeit der beruflichen Rehabilitationsträger zurückzuführen.

Leistungen an Arbeitgeber 2001 bis 2003

	2003		2002		2001	
	Mio. Euro	Fallzahlen	Mio. Euro	Fallzahlen	Mio. Euro	Fallzahlen
Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	49,36	4.148	47,87	3.734	47,51	3.716
Behinderungsgerechte Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen	34,46	9.616	35,40	8.759	33,39	8.234
Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen	77,79	18.967	68,82	18.625	63,64	16.961
Sonderprogramme nach § 16 SchwbAV	32,35	3.115	33,17	4.814	26,77	2.578
insgesamt (ohne Förderung in Integrationsprojekte)	193,97	35.846	185,26	35.932	171,31	31.489

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, Jahresberichte

Ein für die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben besonders wichtiger Schritt wurde im Rahmen des Gesetzes zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter mit der Einführung des Instruments der Arbeitsassistenz gegangen. Seit dem 1. Oktober 2000 haben schwerbehinderte Menschen gegenüber den Integrationsämtern im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben einen Rechtsanspruch auf Übernahme der Kosten für eine notwendige Arbeitsassistenz. Hierdurch haben sie eine sichere Rechtsposition erhalten, die oftmals erst die Voraussetzung für eine Arbeitsaufnahme schafft.

Mit dem SGB IX wurde zur Erlangung eines Arbeitsplatzes auch ein entsprechender Rechtsanspruch gegenüber den Rehabilitationsträgern geschaffen. Deren Leistungsverpflichtung wird für die Dauer von drei Jahren von den Integrationsämtern erfüllt, die dafür einen Erstattungsanspruch gegenüber den Rehabilitationsträgern haben. Für den darüber hinausgehenden Zeitraum besteht gegenüber den Integrationsämtern ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine notwendige Arbeitsassistenz zur Erhaltung des Arbeitsplatzes.

In den Fällen der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen in einer nach dem SGB III geförderten Arbeitsbeschaffungsmaßnahme werden die Kosten für eine notwendige Arbeitsassistenz von den Agenturen für Arbeit getragen. Im Jahr 2003 hat die Bundesagentur in 62 Fällen der Teilnahme an Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und in 16 Fällen der Teilnahme an Strukturanpassungsmaßnahmen insgesamt rund 600 000 Euro aufgewendet.

Ab dem Jahr 2005 gilt aufgrund einer Änderung des SGB III im Rahmen des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt auch für die Bundesagentur für Arbeit das bei den Rehabilitationsträgern bereits seit dem Inkrafttreten des SGB IX angewendete Ver-

fahren der Erfüllung der Leistungspflicht durch die Integrationsämter und der Erstattung der Leistungen durch die Bundesagentur für Arbeit.

Die Übersicht unten gibt die Entwicklung der Leistungen wieder.

Mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen ist für die Integrationsämter wieder die Möglichkeit geschaffen worden, Leistungen vorläufig und als Vorleistung gegenüber einem vorrangig zuständigen Leistungsträger zu erbringen, wenn dies zur Erlangung oder zur Sicherung eines Arbeitsverhältnisses erforderlich ist. Damit wird ermöglicht, Leistungen ohne Zeitverzögerung zu erbringen.

Die Integrationsämter können ihre Leistungen nunmehr auch als Persönliches Budget erbringen. Im Rahmen des SGB XII wird das mit dem SGB IX als besondere Leistungsform eingeführte Persönliche Budget mit Wirkung zum 1. Juli 2004 zu einem trägerübergreifenden Gesamtbudget ausgebaut. Die Integrationsämter werden in den Kreis der Träger einbezogen, weil es nicht nur um Leistungen der Rehabilitationsträger geht. Im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben kann das Persönliche Budget insbesondere für den Bereich Arbeitsassistenz besondere Bedeutung erhalten. Hier können künftig Leistungen, die andere Träger zur Assistenz, etwa im Bereich der Pflege, der Hilfen zum Erreichen des Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes oder von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbringen, besser als bisher zwischen den Leistungsträgern abgestimmt und zusammengefasst werden, wodurch bisherige Abgrenzungsprobleme entfallen. Der schwerbehinderte Mensch erhält einen Geldbetrag „aus einer Hand“ und kann damit sachliche und zeitliche Dispositionen treffen.

Leistungen an schwerbehinderte Menschen und Gleichgestellte 2001 bis 2003

	2003		2002		2001	
	Mio. Euro	Anzahl der Leistungsempfänger	Mio. Euro	Anzahl der Leistungsempfänger	Mio. Euro	Anzahl der Leistungsempfänger
Technische Arbeitshilfen	7,23	3.580	7,97	3.609	7,34	3.560
Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes	3,46	849	3,08	832	3,13	802
Hilfen zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit	1,82	320	1,85	319	1,78	319
Hilfen zur Beschaffung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung	3,15	596	6,45	846	8,42	1.081
Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten	2,50	1.520	3,43	1.539	2,34	1.231
Hilfen in besonderen behinderungsbedingten Lebenslagen	1,09	819	1,20	781	1,61	880
Kostensersatz einer notwendigen Arbeitsassistenz	4,55	620	2,66	429	0,84	206
insgesamt	23,78	8.304	26,64	8.355	25,47	8.079

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten, Jahresberichte

6.3 Befristete regionale Arbeitsmarktprogramme

Die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zur Eingliederung schwerbehinderter Menschen werden in den Ländern ergänzt durch zusätzliche Arbeitsmarktprogramme,

zu deren Durchführung das jeweilige Land mit der Bundesagentur für Arbeit Verwaltungsvereinbarungen geschlossen hat. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe der Länder. Die Arbeitsmarktprogramme der Länder sind in der nachfolgenden Übersicht aufgeführt.

Land	Laufzeit	Volumen Förderungs- umfang	Förderungsfähiger Personenkreis (schwerbehinderter Menschen)
Baden- Württemberg	01.01.1992 – 31.12.2004	66 Mio. Euro (für 2004: 3,6 Mio. Euro)	Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte schwerbehinderte Menschen mit Hauptwohnsitz in Baden-Württemberg, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Arbeits- und Berufsleben besonders betroffen sind, insbesondere, <ul style="list-style-type: none"> – die das 50. Lebensjahr vollendet haben – die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben – vor Einstellung länger als 12 Monate arbeitslos gemeldet waren – wegen Art und Schwere der Behinderung teilzeitbeschäftigt sind. Ohne vorherige Arbeitslosigkeit können schwerbehinderte Menschen gefördert werden <ul style="list-style-type: none"> – im Anschluss an eine Beschäftigung in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen – im Anschluss an eine abgeschlossene Ausbildung (oder sonstige berufliche Bildung) bei anschließender Übernahme in ein Arbeitsverhältnis
Bremen	01.01.2003 – 31.12.2004	1,2 Mio. Euro	Schwerbehinderte und gleichgestellte behinderte Menschen mit Hauptwohnsitz im Land Bremen, die ohne diese Leistung voraussichtlich nicht in den Arbeitsmarkt zu integrieren sind
Hessen	01.01.2002 – 31.12.2004 (modifiziert ab 01.10.03)	20 Mio. Euro	Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte behinderte Menschen mit Hauptwohnsitz in Hessen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung oder sonstiger Umstände im Arbeitsleben besonders betroffen sind (§ 72 (1) Nr. 1 SGB IX) oder die im Anschluss an eine Beschäftigung in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (Kapitel 12 SGB IX) oder in einem Integrationsprojekt (Kapitel 11 SGB IX) eingestellt werden
Mecklenburg- Vorpommern	bis 31.12.2006	k. A.	Schwerbehinderte Menschen aus anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen
Niedersachsen	01.01.2003 – 31.12.2004	8 Mio. Euro	Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte behinderte Menschen mit Hauptwohnsitz im Land Niedersachsen, die ohne diese Leistung voraussichtlich nicht in den Arbeitsmarkt zu integrieren sind
Nordrhein- Westfalen	01.07.2004 – 31.12.2007	ca. 44 Mio. Euro	Arbeitslose schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 104 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX. Ihnen soll die Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses, eines Ausbildungsverhältnisses oder eines Beschäftigungsverhältnisses zur beruflichen Bildung ermöglicht werden; Schwerbehinderte Menschen aus anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen und Jugendliche aus Sonderschulen für geistig, körper- oder sinnesbehinderte Jugendliche sowie aus integrativer Beschulung. Sie sollen beim Wechsel auf den allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützt werden

Land	Laufzeit	Volumen Förderungs- umfang	Förderungsfähiger Personenkreis (schwerbehinderter Menschen)
Rheinland-Pfalz	ab 01.01.2002	nach Bedarf (2004: ca. 1 Mio. Euro)	Besonders betroffene schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 104 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX mit Hauptwohnsitz in Rheinland-Pfalz
Saarland	01.08.1994 – 30.06.2006	2,3 Mio. Euro	Besonders betroffene schwerbehinderte Menschen mit Hauptwohnsitz im Saarland – die zuvor in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt waren –, als Teilzeitbeschäftigte behinderungsbedingt kürzer als betriebsüblich, insbesondere weniger als 15 Stunden wöchentlich beschäftigt werden können – schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 allein infolge einer seelischen Behinderung – psychisch behinderte Menschen auch ohne amtliche Anerkennung bei Vorliegen von Ersatznachweisen
Sachsen	01.01.2001 – 31.12.2004	10 Mio. Euro	Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte behinderte Menschen, die bei einem Arbeitsamt in Sachsen arbeitslos oder von Arbeitslosigkeit bedroht und arbeitsuchend gemeldet sind
Sachsen-Anhalt	01.04.1999 – 31.03.2003, verlängert bis 31.03.2006	6,135 Mio. Euro, aufgestockt auf 13,6 Mio. Euro	Schwerbehinderte Menschen (ihnen gleichgestellte Menschen nur ausnahmsweise), ab 50. Lebensjahr und allein erziehende schwerbehinderte Frauen und Männer, die zum Personenkreis des § 104 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a–d SGB IX gehören
Schleswig-Holstein	01.01.2000 – 31.12.2006	bis zu 18,8 Mio. Euro	Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte schwerbehinderte Menschen, die – wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Arbeits- und Berufsleben besonders betroffen sind – die das 50. Lebensjahr vollendet haben – unmittelbar vor Einstellung länger als 12 Monate arbeitslos waren – teilzeitbeschäftigt sind und wegen Art und Schwere ihrer Behinderung nur kürzer als betriebsüblich beschäftigt werden können und – behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen auf Grund ihrer besonderen Bedürfnisse
Thüringen	01.01.2000 – 31.12.2002, verlängert bis 31.12.2004	21,2 Mio. Euro	Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte behinderte Menschen, die zum Personenkreis des § 104 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a–d SGB IX gehören

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Übersicht über befristete regionale Arbeitsmarktprogramme für schwerbehinderte Menschen gemäß § 104 Abs. 3 SGB IX

6.4 Flächendeckendes Netz von Integrationsfachdiensten

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter sind im Jahr 2000 Regelungen zum Auf- und Ausbau eines flächendeckenden Netzes von Integrationsfachdiensten geschaffen worden, um die Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen zu verbessern, die zur Beschaffung und Erhaltung eines Arbeitsplatzes besondere Unterstützung benötigen. Erfahrungen in Modellprojekten hatten gezeigt, dass ein Teil der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen, bei denen es sich überwiegend um Ältere, Langzeitarbeitslose, unzureichend beruflich Qualifizierte oder wegen Art oder Schwere der Behinderung besonders Betroffene handelt, selbst unter Einsatz aller vorhandenen Fördermöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur vermittelt werden können, wenn bei der Eingliederung in das Arbeitsleben besondere arbeits- und berufsbegleitende Fachdienste zur Verfügung stehen.

Aufgabe der Integrationsfachdienste ist es, schwerbehinderte Menschen zu beraten, zu unterstützen und sie auf geeignete Arbeitsplätze zu vermitteln sowie die Arbeitgeber zu informieren, zu beraten und Hilfe zu leisten. Außer für arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte schwerbehinderte Menschen sollen Integrationsfachdienste auch beim Übergang aus Werkstätten für behinderte Menschen tätig werden, desgleichen auch zur Vermeidung einer Werkstattaufnahme beim Übergang aus der Sonderschule

in ein Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter ist der Bundesagentur für Arbeit die Aufgabe übertragen worden, ein flächendeckendes und ortsnahes Netz von Integrationsfachdiensten – unter Einbeziehung der bereits vorhandenen Dienste zur Eingliederung schwerbehinderter Menschen – aufzubauen. Dabei sollte die Bundesagentur grundsätzlich nur solche Integrationsfachdienste beauftragen, die berufsbegleitende und psychosoziale Dienste umfassen, trägerübergreifend tätig werden und auch von den Integrationsämtern für die Durchführung der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben beauftragt werden. Zugleich sollten die Arbeitgeber in den Fragen der Teilhabe sich möglichst an nur einen Ansprechpartner wenden müssen.

Im Rahmen des SGB IX sind die Regelungen ergänzt worden. Ausdrücklich gesetzlich bestimmt wurde die Möglichkeit der Beauftragung dieser Dienste auch durch die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter, um eine unbürokratische Möglichkeit zu schaffen, die Dienste auch für die Arbeitsvermittlung und begleitende Betreuung seelisch behinderter Menschen nutzen zu können, die sie nicht förmlich als schwerbehindert anerkennen lassen wollen.

Die Integrationsfachdienste (IFD) sind im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit für folgende Zielgruppen tätig geworden (Zuweisungen durch BA):

2002			
Personenkreis	gesamt	Männer	Frauen
Besonderer Integrationsbedarf	33.173	20.822	12.351
WfBM-Beschäftigte	69	45	24
Schwerbehinderte Schulabgänger	95	68	27
Zugänge insgesamt	33.337	20.935	12.402
Rehabilitanden zusätzlich	1.854	1.224	630

2003			
Personenkreis	gesamt	Männer	Frauen
Besonderer Integrationsbedarf	35.023	21.544	13.479
WfBM-Beschäftigte	45	35	10
Schwerbehinderte Schulabgänger	71	43	28
Zugänge insgesamt	35.139	21.622	13.517
Rehabilitanden zusätzlich	2.219	1.429	790

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Es wurden folgende Vermittlungen in Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes realisiert:

2002			
	gesamt	Männer	Frauen
unbefristete Beschäftigung	4.392	2.658	1.734
befristete Beschäftigung	1.523	844	679
Probebeschäftigung nach § 238 SGB III (mind. 3 Monate)	1.399	910	489
Ausbildungsverhältnis	104	66	38
Integrationsprojekt (nach § 132 ff. SGB IX)	137	90	47
insgesamt	7.555	4.568	2.987

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

2003			
	gesamt	Männer	Frauen
unbefristete Beschäftigung	4.346	2.769	1.577
befristete Beschäftigung (ohne ABM/SAM)	1.948	1.122	826
Probebeschäftigung nach § 238 SGB III (mind. 3 Monate)	1.110	697	413
Ausbildungsverhältnis	118	76	42
Integrationsprojekt (nach § 132 ff. SGB IX)	57	35	22
insgesamt	7.579	4.699	2.880

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Anzahl der Beschäftigten in den im Auftrag der Agenturen für Arbeit tätigen Integrationsfachdiensten (Stellen) im Monatsdurchschnitt:

2002			
Personenkreis	gesamt	Männer	Frauen
Alle	610	235	375
darunter schwerbehinderte Menschen	83	42	41

2003			
Personenkreis	gesamt	Männer	Frauen
Alle	630	230	400
darunter schwerbehinderte Menschen	84	41	43

Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Die Rehabilitationsträger haben Integrationsfachdienste bislang noch nicht in einem erheblichen Umfang in Anspruch genommen. Bei der BfA waren es 148 Fälle im Jahr 2003.

An der psychosozialen Beratung und der beruflichen Begleitung von besonders betroffenen schwerbehinderten Arbeitnehmern waren im Jahr 2003 im Auftrag der Integrationsämter 340 Fachdienste mit 576 Fachkräften beteiligt. Diese Fachdienste waren in der Regel bei freien Trägern angesiedelt. Durch die Fachdienste wurden 27 309 schwerbehinderte Menschen kurzfristig beraten und 20 276 intensiver oder zeitlich länger betreut. Damit konnte insgesamt 47 585 behinderten und schwerbehinderten Menschen im Zusammenhang mit beruflichen Problemen eine persönliche Unterstützung durch beauftragte Fachkräfte zur Verfügung gestellt werden.

Der mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter im Jahre 2000 begonnene Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Integrationsfachdiensten ist abgeschlossen, in allen 181 Bezirken der Agenturen für Arbeit sind Integrationsfachdienste eingerichtet. Mit der erfolgreichen Schaffung einer bundesweiten Struktur durch die Bundesagentur sind die besonderen Regelungen für die Beauftragung der Integrationsfachdienste durch die Bundesagentur für Arbeit damit entbehrlich geworden.

Im Lichte der gewonnenen Erfahrungen sind mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23. April 2004 Aufgaben und Struktur der Integrationsfachdienste fortentwickelt worden. Die Integrationsfachdienste können zukünftig von den Agenturen für Arbeit schon bei der Berufsberatung und der Berufsorientierung in den Schulen hinzugezogen werden, damit frühzeitig erkannt wird, ob für den zur Schulentlassung anstehenden jungen Menschen besondere Anstrengungen unternommen werden müssen, um Wartezeiten zwischen der Schulentlassung und der Ausbildung oder der Aufnahme einer Beschäftigung zu vermeiden. Außerdem sollen die Integrationsfachdienste stärker als bisher als Hauptansprechpartner für die Arbeitgeber zur Verfügung stehen und die Klärung aller Leistungen und Unterstützungen zur Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes übernehmen. Damit wird das Ziel nochmals hervorgehoben, dass der Arbeitgeber möglichst nur einen Ansprechpartner haben soll, der ihm umfassend weiterhilft.

Mit der Erfüllung ihrer Aufgabe, ein flächendeckendes Netz von Integrationsfachdiensten einzurichten, geht die Strukturverantwortung für die Integrationsfachdienste zum 1. Januar 2005 von der Bundesagentur für Arbeit auf die Integrationsämter der Länder über. Dementsprechend sind durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen die besonderen Regelungen zur Beauftragung der Integrationsfachdienste durch die Bundesagentur für Arbeit im SGB IX aufgehoben worden. Die Nutzung des Angebots dieser Dienste richtet sich dann nach den Regelungen des SGB III und des SGB II. Die bisher der Bundesagentur zum Aufbau und zur Förderung der Integrationsfach-

dienste aus der Ausgleichsabgabe des Bundes zur Verfügung gestellten Mittel verbleiben folgerichtig ab dem Jahr 2005 bei den Integrationsämtern. Damit wird die Finanzausstattung der Integrationsämter um rund 50 Mio. Euro jährlich verbessert.

Eine wichtige Aufgabe der Integrationsfachdienste bleibt es, behinderte und schwerbehinderte Menschen auf geeignete Arbeitsplätze zu vermitteln. Hierfür erhalten sie Vergütungen, wenn sie durch die Bundesagentur für Arbeit beteiligt oder im Auftrag der Rehabilitationsträger tätig werden. Soweit die Tätigkeit für die Bundesagentur für Arbeit erfolgt, kann der Einsatz des im SGB III geregelten Vermittlungsgutscheins in Betracht kommen. Durch das Vierte Gesetz zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch vom 19. November 2004 und anderer Gesetze wird die Erprobung des arbeitsmarktlichen Instruments des Vermittlungsgutscheins bis zum 31. Dezember 2006 verlängert. Dieser Vermittlungsgutschein kann auch von Integrationsfachdiensten bei erfolgreicher Vermittlung von behinderten und schwerbehinderten Menschen bei der Agentur für Arbeit eingelöst werden. Daneben können die Agenturen für Arbeit Integrationsfachdienste als „Dritte“ nach § 37 SGB III mit der Vermittlung oder mit Teilaufgaben der Vermittlung beauftragen. In diesem Fall sind die Regelungen für die öffentliche Auftragsvergabe anzuwenden.

Als Konsequenz der bisher unterschiedlichen Nutzung werden die Rehabilitationsträger hierzu verpflichtet. Sie haben auf der Ebene der BAR mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen das Nähere zur Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste, zur Zusammenarbeit und zur Finanzierung der Kosten in einer gemeinsamen Empfehlung zu regeln und bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben haben die Integrationsfachdienste ausdrücklich den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischer Behinderung Rechnung zu tragen.

6.5 Integrationsprojekte eingerichtet

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter sind als gleichsam „dritter“ Weg zur Eingliederung vor allem besonders beeinträchtigter schwerbehinderter Menschen in das Arbeitsleben die Integrationsprojekte geschaffen worden. Darunter werden verschiedene Formen zusammengefasst: selbstständige Unternehmen oder unternehmensinterne Betriebe und Abteilungen zur Beschäftigung solcher schwerbehinderter Menschen, deren Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art oder Schwere der Behinderung oder sonstiger Umstände trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten und des Einsatzes von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeiten stößt, für die aber regelmäßig eine Werkstatt für behinderte Menschen nicht die adäquate Einrichtung zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben ist. Integrationsprojekte bieten den schwerbehinderten Menschen eine Beschäftigung, arbeitsbegleitende Betreuung, und, soweit erforderlich, auch Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung oder Gelegenheit zur Teilnahme an

entsprechenden außerbetrieblichen Maßnahmen. Integrationsprojekte sollen den Beschäftigten auch Unterstützung geben bei der Vermittlung in eine sonstige Beschäftigung in einem Betrieb oder einer Verwaltung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Integrationsprojekte können aus Mitteln der Ausgleichsabgabe Leistungen zu Aufbau, Erweiterung, Modernisierung und Ausstattung einschließlich einer betriebswirtschaftlichen Beratung sowie Leistungen für besonderen Aufwand erhalten. Daneben sind auch individuelle Hilfen und Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsämter und der Rehabilitationsträger möglich. In Betracht kommen insbesondere Eingliederungszuschüsse der Bundesagentur für Arbeit nach dem SGB III, Leistungen der Rehabilitationsträger an Arbeitgeber nach Teil 1 des SGB IX sowie Leistungen der begleitenden Hilfe durch die Integrationsämter. Bei den zusätzlichen Leistungen der Integrationsämter aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe handelt es sich in der Hauptsache um Leistungen zur Abgeltung eines besonderen Betreuungsaufwandes oder Leistungen zum Ausgleich von Minderleistungen des beschäftigten schwerbehinderten Menschen. Die aus der Ausgleichsabgabe möglichen projektbezogenen Leistungen sind dazu bestimmt, den wirtschaftlichen Nachteil aus der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auszugleichen. Bei der Förderung handelt es sich um einen Nachteilsausgleich, nicht um eine im Wettbewerb bevorteilende Beihilfe oder Subvention.

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung ist mit Wirkung zum 1. Januar 2004 die Zuständigkeit für die Förderung aller Formen von Integrationsprojekten bei den Integrationsämtern der Länder gebündelt worden.

Nach dem Jahresbericht 2003/2004 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen über Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf sind im Jahr 2003 durch die Integrationsämter 365 Integrationsprojekte finanziell gefördert worden, im Vergleich zu 314 im Jahr 2002 und 250 dieser Projekte im Jahr 2001. In diesen Integrationsprojekten waren (im Jahr 2003) von 8 957 Beschäftigten insgesamt 4 091 besonders betroffene schwerbehinderte Menschen sozialversicherungspflichtig beschäftigt, daneben weitere 735 schwerbehinderte Menschen, die nicht ausdrücklich der besonderen Zielgruppe zuzurechnen sind. Der Anteil der schwerbehinderten Frauen betrug 1 672. Für die projektbezogene Förderung haben die Integrationsämter im Jahr 2003 rund 40,46 Mio. Euro aufgewendet. Daneben wurden auch in den Integrationsprojekten mögliche individuelle Leistungen wie Minderleistungsausgleich und Betreuungsaufwand erbracht, die jedoch in dem Jahresbericht nicht gesondert ausgewiesen sind.

Existenzielle Probleme von Integrationsunternehmen aufgrund von Unklarheiten über das Vorliegen von Gemeinnützigkeit wurden durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23. April 2004 geklärt, dass Integrationsprojekte mit einem Anteil von 40 Prozent besonders betroffene

ner schwerbehinderter Menschen gemeinnützig sind. Diese Regelung ist rückwirkend zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten und findet auch auf davor liegende Veranlagungszeiträume Anwendung, soweit Steuerfestsetzungen noch nicht bestandskräftig sind oder unter dem Vorbehalt der Nachprüfung stehen.

Die „Brückenfunktion“ der Integrationsprojekte hat in der Praxis noch keine ausreichende Bedeutung erlangt. Wesentlich für die geringe Inanspruchnahme der Integrationsprojekte dürfte vor allem mangelnde Information sein. Daher ist der Bekanntheitsgrad von Integrationsprojekten insbesondere durch Ausbau der Information und Beratung zu vergrößern. Dies betrifft insbesondere die Voraussetzungen, unter denen Integrationsprojekte wirtschaftlich erfolgreich sein können.

Von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen wird ein Ausschluss von Integrationsprojekten aus der Wirtschaftsförderung und der Bankenfinanzierung festgestellt und die Forderung nach Ersatzmöglichkeiten erhoben. Solche können nach Auffassung der Bundesarbeitsgemeinschaft in der Schaffung eines Risikofonds bestehen, aus dem Gründungsdarlehen und -zuschüsse, Liquiditätshilfen, Bürgschaften u. a. gefördert werden könnten. Die KfW Bankengruppe hat dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen nach einer gemeinsamen Erörterung mitgeteilt, dass die Frage der Förderfähigkeit von Integrationsunternehmen dort positiv beantwortet werde, Integrationsunternehmen daher grundsätzlich in den gewerblichen Förderprogrammen berücksichtigt werden könnten.

6.6 Betriebliches Eingliederungsmanagement eingerichtet

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter wurden die Arbeitgeber verpflichtet, bei erkennbaren personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis eines schwerbehinderten Menschen, die zur Gefährdung des Arbeitsverhältnisses führen könnten, die Schwierigkeiten und alle in Betracht kommenden inner- und außerbetrieblichen Möglichkeiten zu ihrer Beseitigung mit den betrieblichen Interessenvertretungen und den besonderen Interessenvertretungen der schwerbehinderten Menschen zu erörtern. In diesem Rahmen sollen auch die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter eingeschaltet werden und Gelegenheit erhalten, dem Arbeitgeber Hilfen wie Beratung, technische Hilfen und finanzielle Leistungen anzubieten.

Diese Regelung wurde durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen (2004) um ein betriebliches Eingliederungsmanagement ergänzt. Ziel ist es, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten und ggf. zu verbessern. Schwierigkeiten bei der Beschäftigung sollen möglichst nicht entstehen oder jedenfalls frühzeitig behoben werden, damit der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit, und zwar

nicht nur für schwerbehinderte Menschen, sondern für alle Beschäftigten (siehe Kapitel 2).

6.7 Integrationsvereinbarungen weiter ausgebaut

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter sind die Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet worden, mit der Schwerbehindertenvertretung und den betrieblichen Interessenvertretungen verbindliche Integrationsvereinbarungen abzuschließen. Diese Vereinbarungen sollen konkrete Ziele und Maßnahmen zur Integration schwerbehinderter Menschen in den Betrieben und Dienststellen enthalten. Das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen hat das Instrument der Integrationsvereinbarungen weiter ausgebaut. Neben den Bereichen Personalplanung, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit können in der Vereinbarung insbesondere auch Regelungen über die angemessene Berücksichtigung schwerbehinderter Menschen bei der Besetzung freier, frei werdender oder neuer Stellen, über eine anzustrebende Beschäftigungsquote, einschließlich eines angemessenen Anteils schwerbehinderter Frauen, zur Ausbildung behinderter Jugendlicher sowie über betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung getroffen werden.

Ein Anliegen der Bundesregierung ist es, auf die Verbesserung der Chancengleichheit von Frauen mit Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hinzuwirken. Daher wird die Bundesregierung die Arbeitgeber darauf hinweisen, dass in Integrationsvereinbarungen besondere Regelungen zur verstärkten Beschäftigung behinderter Frauen vereinbart werden sollen.

Die abgeschlossenen Integrationsvereinbarungen sind nach den Erfahrungen der Beteiligten sehr unterschiedlich. So gibt es auf der einen Seite Integrationsvereinbarungen, in denen konkrete, auf die Situation im Betrieb bzw. in der Dienststelle bezogene Ziele formuliert und Regelungen zur Durchführung der vorgesehenen Maßnahmen verabredet sind. Daneben gibt es aber auch Vereinbarungen, in denen lediglich ohnehin gesetzlich geregelte Rechte der Betroffenen niedergelegt sind. Nach den Erhebungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes sind bei großen Unternehmen und Konzernen häufig sehr detaillierte Regelungen vereinbart worden, die über die gesetzlichen Mindestanforderungen – teilweise erheblich – hinausgehen. Das gilt beispielsweise für die Verabredung von Maßnahmen zur betrieblichen Qualifikation der Beschäftigten sowie die Bereiche „Prävention“ und Kündigungsverfahren. Nach Darstellung der Arbeitgeberverbände haben viele Betriebe angegeben, dass die gemeinsame Entwicklung und der Abschluss von Integrationsvereinbarungen die Basis für eine konstruktive und regelmäßige Zusammenarbeit der betrieblichen Akteure darstelle.

Auch im öffentlichen Dienst – hier liegen Angaben für den öffentlichen Dienst des Bundes und aus den Ländern vor – werden zunehmend Integrationsvereinbarungen abgeschlossen, die Richtlinien oder „Fürsorgeerlasse“ ersetzen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale

Sicherung hat am 16. Juli 2004 mit der Hauptschwerbehindertenvertretung und dem Hauptpersonalrat eine neue Rahmenintegrationsvereinbarung für den gesamten Geschäftsbereich des Ministeriums abgeschlossen. Nachfolgend wird eine Integrationsvereinbarung mit einem auf diese organisatorische Einheit bezogenen Inhalt abzuschließen sein.

Eine Übersicht von Integrationsvereinbarungen, nach Branchengruppen gruppiert, enthält die Datenbank REHADAT unter www.rehadat.de.

Integrationsvereinbarungen können nicht nur auf Betriebs-ebene, sondern auch auf Ebene der Konzern-, Bezirks- oder Hauptschwerbehindertenvertretungen abgeschlossen werden, soweit es um Angelegenheiten geht, die nicht nur den einzelnen Betrieb betreffen.

6.8 System von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe verbessert

Ein wesentliches Instrument des Schwerbehindertenrechts ist das System von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe. Das Schwerbehindertengesetz hatte seit 1974 jeden Arbeitgeber mit 16 und mehr Arbeitsplätzen verpflichtet, auf wenigstens 6 Prozent seiner Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen. Kam er dieser Verpflichtung nicht oder nur unzureichend nach, hatte er zuletzt für jeden der nicht besetzten Pflichtarbeitsplätze eine Ausgleichsabgabe in Höhe von monatlich 200 DM zu zahlen, unabhängig von dem Grad der Nichterfüllung der Beschäftigungspflicht.

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter ist dieses System neu gestaltet worden. Wesentliche Ursache für die seit den 80er-Jahren rückläufige Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen war neben der nicht ausreichenden Motivation der Arbeitgeber auch die nicht mehr hinreichende Anreizfunktion der Ausgleichsabgabe. Trotz einer zweimaligen, allerdings sehr maßvollen Erhöhung der Ausgleichsabgabe in den Jahren 1986 und 1990 um jeweils 50 DM hatte sich gezeigt, dass die Ausgleichsabgabe bei unveränderter Pflichtquote die Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen nicht positiv beeinflusste. Vielmehr ist die Erfüllungsquote bei der Beschäftigungspflicht von 5,9 Prozent im Jahre 1982 auf nur noch 3,7 Prozent im Jahre 1999 gesunken. Das Gesetz sieht deshalb seit dem 1. Januar 2001 eine Staffelung vor. Die Ausgleichsabgabe beträgt seitdem je nicht besetzten Pflichtarbeitsplatz

- 105 Euro bei einer Beschäftigungsquote von 3 Prozent bis unter den Pflichtenatz von 5 Prozent,
- 180 Euro bei einer Beschäftigungsquote von 2 Prozent bis unter 3 Prozent und
- 260 Euro bei einer Beschäftigungsquote von 0 Prozent bis unter 2 Prozent.

Arbeitgeber, die sich um die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen bemühen, werden damit nicht stärker belastet. Für solche Arbeitgeber, die ihrer Beschäftigungspflicht in großem Umfang nicht nachkommen, wurde die Ausgleichsabgabe aber spürbar angehoben.

Gleichzeitig wurde die Beschäftigungspflichtquote zum 1. Januar 2001 von 6 auf 5 Prozent gesenkt und die Schwelle für den Beginn der Beschäftigungspflicht von 16 auf 20 Arbeitsplätze angehoben. Damit wurden die Rahmenbedingungen für die Arbeitgeber verbessert und der Anreiz zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen verstärkt. Für kleinere Betriebe mit weniger als 60 Arbeitsplätzen wurde eine zusätzliche Entlastung ein-

geführt. Für diejenigen öffentlichen Arbeitgeber des Bundes, die bereits am 31. Oktober 1999 auf mehr als 6 Prozent ihrer Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen beschäftigt hatten, wurde die Beschäftigungspflichtquote bei 6 Prozent beibehalten.

Die Erfüllung der Beschäftigungspflicht in den vergangenen Jahren stellt sich wie folgt dar

Berichtsmonat jeweils Oktober

	1999	2000	2001	2002
Zahl der beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber	187.437	187.940	151.595	151.865
Zahl der Arbeitsplätze	20.445.495	20.563.366	20.414.003	19.756.335
Zahl der Pflichtarbeitsplätze	1.226.730	1.232.182	978.531	944.522
Zahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen (einschl. Gleichgestellte)	723.467	719.709	1	716.057
sonstige anrechnungsfähige Beschäftigte	8.479	4.251	1	k. A.
Zusätzlich besetzte Pflichtarbeitsplätze infolge Mehrfachanrechnung	33.254	32.258	1	50.649 ²
insgesamt besetzte Pflichtarbeitsplätze	765.200	756.218	768.388	748.435
unbesetzte Pflichtarbeitsplätze	537.058	550.300	328.340	309.591
Ist-Quote (von Hundert)	3,7	3,7	3,8	3,8

¹ Erstmals keine Einzelangaben erhoben.

² Die Erhebung der BA für das Jahr 2002 weist nicht die Zahl der zusätzlich durch Mehrfachanrechnungen besetzten Pflichtarbeitsplätze aus, sondern die Zahl insgesamt. Die Anzahl der Personen mit Mehrfachanrechnung (23 033) ist in der Zahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen bereits enthalten. Die Zahl der zusätzlich durch Mehrfachanrechnung besetzten Pflichtarbeitsplätze ist daher geringer (50 649 abzgl. 23 033 = 27 616). Die Zahl der besetzten Pflichtarbeitsplätze kann nicht durch Addition der Einzelangaben ermittelt werden.

Quelle: Statistiken der BA nach § 13 Abs. 2 SchwbG (bis zum Jahr 2000), bzw. § 80 Abs. 2 SGB IX (ab 2001)

Im Einzelnen:

Berichtsmonat: Oktober 1999 Bundesrepublik Deutschland

Ist-Quote	Arbeitgeber	Arbeitsplätze		mit schwerbehinderten Menschen		Ist-Quote (Sp. 4 in % von Sp. 2)
		der Berechnung der Pflichtzahl zugrunde zu legende Arbeitsplätze	zu besetzende Pflichtarbeitsplätze	besetzte Arbeitsplätze	unbesetzte Arbeitsplätze	
	1	2	3	4	5	6
0 %	71.199	2.465.609	147.937		147.937	
unter 1 %	2.982	883.896	53.034	5.622	47.412	0,6
1 bis unter 2 %	11.008	2.000.315	120.019	30.838	89.181	1,5
2 bis unter 3 %	15.339	2.975.354	178.521	75.171	103.350	2,5
3 bis unter 4 %	14.385	3.405.551	204.333	118.132	86.201	3,5

Ist-Quote	Arbeitgeber	Arbeitsplätze		mit schwerbehinderten Menschen		Ist-Quote (Sp. 4 in % von Sp. 2)
		der Berechnung der Pflichtzahl zugrunde zu legende Arbeitsplätze	zu besetzende Pflichtarbeitsplätze	besetzte Arbeitsplätze	unbesetzte Arbeitsplätze	
4 bis unter 5 %	14.726	3.503.734	210.224	158.673	51.551	4,5
5 bis unter 6 %	14.134	2.150.878	129.053	117.626	11.427	5,5
zusammen	143.773	17.385.337	1.043.120	506.062	537.058	2,9
6 bis 10 % und mehr	22.638	3.060.158	183.609	259.138		8,5
insgesamt	187.437*	20.445.495	1.226.730	765.200		3,7

* Die restlichen Arbeitgeber waren zwar im Laufe des Jahres 1999 im Sinne des Schwerbehindertengesetzes beschäftigungspflichtig, hatten aber im Berichtsmonat Oktober 1999 keine oder weniger als 16 Arbeitsplätze besetzt und blieben deshalb bei dieser Betrachtung unberücksichtigt.
Quelle: Statistik aus dem Anzeigeverfahren gemäß § 13 Abs. 2 Schwerbehindertengesetz – Bundesagentur für Arbeit

Berichtsmonat: Oktober 2000 Bundesrepublik Deutschland

Ist-Quote	Arbeitgeber	Arbeitsplätze		mit schwerbehinderten Menschen		Ist-Quote (Sp. 4 in % von Sp. 2)
		der Berechnung der Pflichtzahl zugrunde zu legende Arbeitsplätze	zu besetzende Pflichtarbeitsplätze	besetzte Arbeitsplätze	unbesetzte Arbeitsplätze	
	1	2	3	4	5	6
0 %	70.807	2.470.575	148.235		148.235	
unter 1 %	2.952	918.423	55.105	5.836	49.269	0,6
1 bis unter 2 %	11.273	2.184.531	131.072	34.028	97.044	1,6
2 bis unter 3 %	15.687	3.015.062	180.904	76.213	104.691	2,5
3 bis unter 4 %	14.531	3.487.119	209.227	121.358	87.869	3,5
4 bis unter 5 %	14.714	3.343.971	200.638	149.281	51.357	4,5
5 bis unter 6 %	14.211	2.136.197	128.172	116.337	11.835	5,4
zusammen	144.175	17.555.878	1.053.353	503.053	550.300	2,9
6 bis 10 % und mehr	22.449	2.980.488	178.829	253.165		8,5
insgesamt	187.940*	20.563.366	1.232.182	756.218		3,7

* Siehe Erläuterungen für das Jahr 1999.

Quelle: Statistik aus dem Anzeigeverfahren gemäß § 13 Abs. 2 Schwerbehindertengesetz – Bundesagentur für Arbeit

Berichtsmonat: Oktober 2001 Bundesrepublik Deutschland

Ist-Quote	Arbeitgeber	Arbeitsplätze		mit schwerbehinderten Menschen		Ist-Quote (Sp. 4 in % von Sp. 2)
		der Berechnung der Pflichtzahl zugrunde zu legende Arbeitsplätze	zu besetzende Pflichtarbeitsplätze	besetzte Arbeitsplätze	unbesetzte Arbeitsplätze	
	1	2	3	4	5	6
0 %	59.225	2.074.284	80.153		80.153	
unter 1 %	2.891	867.856	43.408	5.584	37.824	0,6
1 bis unter 2 %	11.187	1.979.593	97.387	30.077	67.310	1,5
2 bis unter 3 %	16.516	3.267.097	159.356	82.894	76.462	2,5
3 bis unter 4 %	16.074	3.641.929	177.666	127.060	50.606	3,5
4 bis unter 5 %	14.809	3.355.658	166.171	150.206	15.965	4,5
zusammen	120.702	15.186.417	724.141	395.821	328.320	2,6
5 bis 10 % und mehr	30.893	5.227.586	254.390	372.567	20	7,1
insgesamt	151.595	20.414.003	978.531	768.388	328.340	3,8

Quelle: Statistik aus dem Anzeigeverfahren gemäß § 80 Abs. 2 SGB IX – Bundesagentur für Arbeit

Berichtsmonat: Oktober 2002 Bundesrepublik Deutschland

Ist-Quote	Arbeitgeber	Arbeitsplätze		mit schwerbehinderten Menschen		Ist-Quote (Sp. 4 in % von Sp. 2)
		der Berechnung der Pflichtzahl zugrunde zu legende Arbeitsplätze	zu besetzende Pflichtarbeitsplätze	besetzte Arbeitsplätze	unbesetzte Arbeitsplätze	
	1	2	3	4	5	6
0 %	58.210	1.931.320	73.389		73.389	
unter 1 %	2.630	780.168	39.015	5.227	33.790	0,7
1 bis unter 2 %	10.861	1.834.281	90.079	28.156	62.030	1,5
2 bis unter 3 %	16.516	3.215.631	156.601	81.865	75.053	2,5
3 bis unter 4 %	16.696	3.480.054	169.217	121.689	47.543	3,5
4 bis unter 5 %	15.472	3.105.172	153.529	138.911	14.625	4,5
zusammen	120.385	14.346.626	681.830	375.848	309.591*	2,6
5 bis 10 % und mehr	31.362	5.409.709	262.638	372.197		6,9
insgesamt	151.865	19.756.335	944.522	748.435		3,8

* Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit sind bei der Erfassung der Anzeigen der beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber für das Jahr 2002 Probleme aufgetreten, die aus dem Anzeigeverfahren für das Jahr 2002 ermittelten Beschäftigungsdaten seien deshalb nicht uneingeschränkt mit den für das Vorjahr ermittelten Daten vergleichbar. Die Zahl der unbesetzten Arbeitsplätze (jeweils Spalte 5) kann für das Jahr 2002 nicht als Ergebnis aus der Differenz der Spalten 3 und 4 errechnet werden. Die Zahlen sind den Angaben der BA entnommen.

Quelle: Statistik aus dem Anzeigeverfahren gemäß § 80 Abs. 2 SGB IX – Bundesagentur für Arbeit

Im Jahre 2001 lag die Zahl der zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen verpflichteten Arbeitgeber mit 151 595 um 36 545 (19,3 Prozent) unter der Zahl des Jahres 2000. Dies ist in erster Linie auf die zum 1. Januar 2001 in Kraft getretene Anhebung des Schwellenwertes für den Beginn der Beschäftigungspflicht von 16 auf 20 Arbeitsplätze zurückzuführen. Inwieweit für den Rückgang partiell auch konjunkturelle Gründe wie Betriebs-schließungen und Insolvenzen verantwortlich sind, kann nicht ermittelt werden.

Die Zahl der mit schwerbehinderten und gleichgestellten Menschen zu besetzenden Pflichtarbeitsplätze ist durch die Senkung der Beschäftigungspflichtquote und die Anhebung des Schwellenwertes für den Beginn der Beschäftigungspflicht ebenfalls zurückgegangen und zwar von 1 232 182 Pflichtarbeitsplätzen im Jahr 2000 auf 978 531 im Jahr 2001.

Bei den privaten Arbeitgebern lag die Beschäftigungsquote bundesdurchschnittlich im Oktober 2002 bei 3,4 Prozent und hat sich auf dem Vorjahreswert stabilisiert. Nach Wirtschaftszweigen aufgliedert schneiden dabei die Bereiche „Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden“ mit 4,8 Prozent sowie „Energie- und Wasserversorgung“ mit 4,7 Prozent am besten ab. Besonders niedrig ist die Beschäftigungsquote dagegen im Gastgewerbe (2,1 Prozent), im Baugewerbe (2,5 Prozent) und bei Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern (2,6 Prozent).

Die Bundesagentur für Arbeit hat auf der Grundlage der Daten für das Jahr 2002 erstmals auch die Auswirkungen

der „Kleinbetriebsregelung“ auf die Zahl der zu besetzenden Pflichtarbeitsplätze ausgewertet. Diese Regelung gilt für Arbeitgeber mit weniger als 60 Arbeitsplätzen und stellt durch besondere Rundungsregelungen eine angemessene Berücksichtigung der Situation kleiner Arbeitgeber im System von Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe sicher. Die Ausgleichsabgabe beträgt

- für Arbeitgeber mit jahresdurchschnittlich weniger als 40 Arbeitsplätzen bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigung von weniger als einem schwerbehinderten Menschen 105 Euro und
- für Arbeitgeber mit jahresdurchschnittlich weniger als 60 Arbeitsplätzen bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigung von weniger als zwei schwerbehinderten Menschen 105 Euro und
- bei einer jahresdurchschnittlichen Beschäftigung von weniger als einem schwerbehinderten Menschen 180 Euro.

Nach dieser Auswertung fielen im Jahr 2002 94 587 Arbeitgeber unter diese Regelung. Die Zahl der von ihnen zu besetzenden Pflichtarbeitsplätze betrug 98 160. Ohne diese Regelung hätte bei Anwendung der sonst geltenden Beschäftigungspflichtquote die Zahl der zu besetzenden Pflichtarbeitsplätze rechnerisch rund 140 000 betragen. Durch die Anwendung der Kleinbetriebsregelung wurden die beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber von der Besetzung von zusätzlich rund 42 000 Pflichtarbeitsplätzen entlastet. Auswirkungen auf das Ausgleichsabgabebefolgen können hieraus nicht ermittelt werden.

Ausgleichsabgabebefolgen in den Kalenderjahren 1999 bis 2003

Länder	Aufkommen am 31.12.1999 für das Veranlagungsjahr 1998 in DM	Aufkommen am 31.12.2000 für das Veranlagungsjahr 1999 in DM	Aufkommen am 31.12.2001 für das Veranlagungsjahr 2000 in DM	Aufkommen am 31.12.2002 für das Veranlagungsjahr 2001 in Euro (DM)	Aufkommen am 31.12.2003 für das Veranlagungsjahr 2002 in Euro
Baden-Württemberg	130.042.104	135.591.476	137.756.183	80.682.893 (157.802.023)	79.384.109
Bayern	164.759.958	170.939.212	178.078.906	110.590.367 (216.295.957)	109.353.629
Berlin	44.182.333	43.872.223	37.154.521	21.354.884 (41.766.523)	19.277.053
Brandenburg	32.459.036	29.510.812	26.958.260	13.813.737 (27.017.321)	12.845.516
Bremen	9.746.147	9.465.244	9.654.000	6.177.934 (12.082.989)	5.819.232
Hamburg	35.395.001	37.669.831	37.642.818	22.526.244 (44.057.504)	21.775.244
Hessen	85.675.762	88.179.353	94.886.403	57.451.301 (112.364.978)	58.613.735

Länder	Aufkommen am 31.12.1999 für das Veranlagungs- jahr 1998 in DM	Aufkommen am 31.12.2000 für das Veranlagungs- jahr 1999 in DM	Aufkommen am 31.12.2001 für das Veranlagungs- jahr 2000 in DM	Aufkommen am 31.12.2002 für das Veranlagungs- jahr 2001 in Euro (DM)	Aufkommen am 31.12.2003 für das Veranlagungs- jahr 2002 in Euro
Mecklenburg- Vorpommern	19.923.225	18.963.190	17.466.643	8.022.147 (15.689.956)	7.083.606
Niedersachsen	80.556.003	88.383.897	82.160.858	47.238.090 (92.389.674)	44.576.295
Nordrhein- Westfalen	200.850.130	221.402.812	225.585.666	122.605.677 (239.795.861)	121.114.384
Rheinland-Pfalz	35.550.256	40.250.313	41.226.720	21.340.711 (41.738.803)	20.288.347
Saarland	9.274.996	9.642.854	10.386.739	7.139.894 (13.964.419)	6.650.272
Sachsen	57.686.252	54.567.272	51.304.445	26.800.071 (52.416.383)	25.225.911
Sachsen-Anhalt	29.892.195	30.580.761	27.759.005	13.912.664 (27.210.806)	13.240.295
Schleswig-Hol- stein	25.392.055	30.580.761	27.222.866	14.933.603 (29.207.589)	14.134.654
Thüringen	28.480.284	28.695.189	27.129.759	13.062.281 (25.547.601)	12.317.451
insgesamt	989.865.736	1.034.075.091	1.032.004.979	587.652.498 (1.149.348.385)	571.699.733

Quelle: Mitteilungen der Länder

Die Einnahmen aus der Ausgleichsabgabe lagen im Jahre 2001 um rund 60 Mio. Euro über den Einnahmen des Jahres 2000. Die Tatsache, dass die Ausgleichsabgabe für eine geringere Zahl unbesetzter Pflichtarbeitsplätze als im Jahre 2000 gezahlt wurde, lässt den Schluss zu, dass für die Höhe des Aufkommens in erster Linie diejenigen Arbeitgeber ursächlich waren, die ihrer Beschäftigungspflicht in erheblichem Umfang nicht nachkamen. Auch im Jahre 2001 lag die Zahl derjenigen Arbeitgeber, die keinen schwerbehinderten Menschen beschäftigt hatten, mit 59 225 sehr hoch. Dies entsprach 39,07 Prozent aller im Jahre 2001 beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber. Mit 9,4 Prozent ebenfalls sehr hoch war im Jahre 2001 auch die Gruppe der Arbeitgeber, die mit einer Erfüllungsquote zwischen 0,1 Prozent bis unter 2 Prozent ihrer Beschäftigungspflicht nur in sehr geringem Umfang nachgekommen sind. Bei der Bewertung der Frage, ob die Höhe der Ausgleichsabgabe für diese Gruppen von Arbeitgebern die beabsichtigte Anreizfunktion nicht erfüllt hat, war allerdings zu berücksichtigen, dass viele Arbeitgeber die mit der Staffelung der Ausgleichsabgabe stärker zu Buche schlagenden Folgen ihres Beschäftigungsverhaltens erst nachträglich, nämlich im Frühjahr 2002 bei der Erstattung ihrer Anzeigen nach § 80 Abs. 2 SGB IX für das Kalenderjahr 2001 vollständig erkannt haben dürften.

Nach den Daten für das Jahr 2002 ist im Vergleich zum Jahre 2001 die Zahl der Arbeitgeber, die keinen schwerbehinderten Menschen beschäftigen, auf 58 210 (38,36 Prozent) von allen beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern im Jahre 2002 zurückgegangen. Dies könnte auf eine Änderung beim Beschäftigungsverhalten dieser Arbeitgebergruppe hindeuten. Dies gilt auch für die Gruppe der Arbeitgeber mit einer Erfüllungsquote zwischen 0,1 bis unter 2 Prozent; hier ist ein Rückgang auf 8,8 Prozent von allen beschäftigungspflichtigen Arbeitgebern zu verzeichnen. Der Rückgang des Anteils an Arbeitgebern, die bei Nichterfüllung ihrer Beschäftigungspflicht den Höchstsatz an Ausgleichsabgabe zahlen müssen, hat Auswirkungen auf die Einnahmen aus der Ausgleichsabgabe. Der Rückgang der Einnahmen an Ausgleichsabgabe im Jahr 2002 im Vergleich zum Jahr 2001 ist auch zurückzuführen auf die geringere Zahl von zu berücksichtigenden Arbeitsplätzen und infolge daraus auch die geringere Zahl unbesetzter Pflichtarbeitsplätze.

In einem Beschluss vom 1. Oktober 2004 hat das Bundesverfassungsgericht die Regelungen über die Beschäftigungspflicht und die Zahlung einer Ausgleichsabgabe wiederum für verfassungsgemäß erklärt und eine hiergegen gerichtete Verfassungsbeschwerde eines Unternehmers aus Baden-Württemberg nicht zur Entscheidung angenommen. Die vom Bundesverfassungsgericht bereits

in seiner Entscheidung vom 26. Mai 1981 hervorgehobenen Grundsätze gelten unverändert: Beschäftigungspflicht und Ausgleichsabgabe dienen der beruflichen Integration behinderter Menschen; die Regelungen seien geeignet, dieses Ziel zu erreichen. Den vertretbaren Belastungen für die Unternehmen stehe das Interesse schwerbehinderter Menschen gegenüber, in Wahrnehmung ihrer Berufsfreiheit durch eigene Arbeit den Lebensunterhalt zu sichern.

6.9 Bund erfüllt Beschäftigungsquote

Die Bundesministerien und die sonstigen Bundesdienststellen, jeweils mit ihren nachgeordneten Bereichen, haben in den letzten Jahren wiederholt ein vorbildliches Gesamtergebnis erreicht. Auch daran wird deutlich, dass der von der Bundesregierung eingeschlagene Weg zur Verbesserung der Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen erfolgreich ist.

Jahr	zu zählende Arbeitsplätze	Zahl der Pflichtarbeitsplätze	mit schwerbehinderten Menschen besetzte Arbeitsplätze	Besch.-Quote in %
1991	1.407.819	84.469	76.564	5,4
1992	1.327.871	79.672	73.014	5,5
1993	1.297.202	77.832	74.087	5,7
1994	887.312	53.239	57.017	6,4
1995	338.458	20.307	23.465	6,9
1996	338.579	20.315	23.513	6,9
1997	330.558	19.833	22.167	6,7
1998	322.333	19.340	21.145	6,6
1999	315.114	18.907	20.224	6,4
2000	309.781	18.587	20.101	6,5
2001	304.931	17.107	19.528	6,4
2002	301.688	16.940	20.287	6,7

Quelle: Berichte der Bundesregierung über die Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Dienst des Bundes

Besonders erfreulich ist der starke Anstieg bei der Beschäftigung schwerbehinderter Frauen bei den Bundesdienststellen einschließlich der nachgeordneten Geschäftsbereiche:

Jahr	mit schwerbehinderten Menschen besetzte Plätze	davon Frauen	Anteil in %
1996	23.513	6.893	29,3
1997	22.167	6.846	30,9
1998	21.145	6.775	32,0
1999	20.224	6.817	33,7
2000	20.101	7.001	34,8
2001	19.528	6.872	35,2
2002	20.287	7.107	35,0

Quelle: Berichte der Bundesregierung über die Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Dienst des Bundes

Mehr als ein Drittel der mit schwerbehinderten Menschen besetzten Pflichtarbeitsplätze sind damit mit Frauen besetzt. Dem gesetzlichen Auftrag, schwerbehinderte Frauen besonders zu berücksichtigen, wird somit erkennbar Rechnung getragen.

Der Anteil schwerbehinderter Menschen bei den Neueinstellungen ist in den letzten Jahren gestiegen. Darin werden die intensiven Bemühungen der Beteiligten deutlich, die Beschäftigungssituation zu verbessern. Es bleibt das Ziel der Bundesregierung, die Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen durch eine Steigerung bei den Neueinstellungen zu verbessern und nicht durch eine höhere Zahl von Anerkennungen und Gleichstellungen in Bundesdienststellen. Denn nur durch Neueinstellungen kann langfristig eine Verbesserung der Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen erreicht werden.

Im öffentlichen Dienst der Länder (alle öffentlichen Arbeitgeber, d. h. Bundes-, Landes- und Kommunalverwaltung zusammengefasst) betrug die Beschäftigungsquote im Jahre 2002 5,2 Prozent. Die Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen im öffentlichen Dienst der Länder ist seit 1992 nahezu gleich bleibend. Dabei ist festzustellen, dass die Beschäftigungsquote in den neuen Ländern seit 1994 fast stetig angestiegen ist und im Jahre 2002 mit 4,9 Prozent nur noch knapp unter der Pflichtquote von 5 Prozent liegt.

Betrachtet man die obersten Landesbehörden separat, bleiben diese mit 4,6 Prozent (2002) unter der gesetzlichen Beschäftigungspflichtquote zurück. Daraus werden die erheblich voneinander abweichenden Erfüllungsquoten zwischen den verschiedenen Gruppen öffentlicher Arbeitgeber deutlich.

Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen im Jahre 2002 im öffentlichen Dienst der Länder

Öffentliche Arbeitgeber		
Länder	insgesamt	Oberste Landesbehörden
Baden-Württemberg	4,9	4,4
Bayern	4,9	7,9
Berlin	5,4	6,5
Brandenburg	4,6	3,8
Bremen	5,7	*
Hamburg	5,3	*
Hessen	6,3	6,1
Mecklenburg-Vorpommern	5,3	4,4
Niedersachsen	4,9	4,7
Nordrhein-Westfalen	5,4	4,1
Rheinland-Pfalz	5,4	6,1
Saarland	5,7	5,5
Sachsen	4,6	3,9
Sachsen-Anhalt	4,6	3,9
Schleswig-Holstein	5,2	4,4
Thüringen	4,9	4,0
insgesamt	5,2	4,6
darunter:		
Westdeutschland	5,3	4,9
Ostdeutschland	4,9	4,1

* Zahlenwerte < 3 und korrespondierende Zellen sind aus Datenschutzgründen nicht ausgeworfen.
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Die Bemühungen um eine Verbesserung der Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen – bei gleichzeitig geänderter Beschäftigungspflichtquote – werden auch durch den überdurchschnittlichen Rückgang der Ausgleichsabgabezahlungen deutlich. Während die Länder bis zum Jahr 2000 jährlich rund 63 Mio. DM (rund 32 Mio. Euro) leisten mussten, ging das Aufkommen an Ausgleichsabgabe in den Jahren 2001 und 2002 auf rund 10 Mio. Euro zurück.

6.10 Schwerbehindertenvertretungen gestärkt

Den Vertrauenspersonen der schwerbehinderten Menschen kommt bei der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben eine hohe Bedeutung zu. Aufgabe der Schwerbehindertenvertretung ist es, die Eingliederung schwerbehinderter Menschen in den Betrieb oder die Dienststelle zu fördern, ihre Interessen in dem Betrieb oder der Dienststelle zu vertreten und ihnen beratend und helfend zur Seite zu stehen.

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter sind die Rechte der Schwerbehindertenvertretungen gestärkt worden. So ist im Zusammenhang mit der Verpflichtung des Arbeitgebers zu prüfen, ob Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Menschen besetzt werden können, ein zusätzliches Beteiligungsrecht der Schwerbehindertenvertretungen geschaffen worden. Weitere Verbesserungen sind das Initiativrecht für Verhandlungen mit dem Arbeitgeber zum Abschluss von Integrationsvereinbarungen, die Beteiligung bei der betrieblichen Prävention, die Konzernschwerbehindertenvertretung, eine verbesserte Freistellung der Vertrauensleute der schwerbehinderten Menschen und ein erweitertes Recht auf Heranziehung der stellvertretenden Vertrauensperson.

Die erweiterten Beteiligungsrechte, insbesondere im Zusammenhang mit dem Abschluss von Integrationsvereinbarungen und bei den Verfahren im Rahmen der betrieblichen Prävention werden von den Schwerbehindertenvertretungen durchweg positiv bewertet. Angesichts der zusätzlichen Aufgaben wurden aber auch erweiterte Freistellungsrechte gefordert. Mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen hat der Gesetzgeber diesem Anliegen dadurch Rechnung getragen, dass nunmehr bereits in Betrieben und Dienststellen mit mehr als 100 beschäftigten schwerbehinderten Menschen und nicht mehr wie früher erst bei mehr als 200 beschäftigten schwerbehinderten Menschen das erste stellvertretende Mitglied der Schwerbehindertenvertretung zusätzlich von der Vertrauensperson zu seiner Unterstützung zu bestimmten Aufgaben herangezogen werden kann. In Betrieben und Dienststellen mit mehr als 200 beschäftigten schwerbehinderten Menschen ist nunmehr die Heranziehung des mit der nächsthöchsten Stimmenzahl gewählten weiteren stellvertretenden Mitglieds für bestimmte Aufgaben möglich. Ausdrücklich handelt es sich um Regelungen zur „Heranziehung zu bestimmten Aufgaben“ und nicht um Regelungen zur „Freistellung“ von der Arbeit. Eine solche ist auch weiterhin auf die Vertrauensperson beschränkt und

zwar in Betrieben und Dienststellen mit wenigstens 200 beschäftigten schwerbehinderten Menschen.

Rechtlich geregelt wurde auch ein Teilnahme- und Rederecht für die zuständigen Schwerbehindertenvertretungen an Betriebs- und Personalversammlungen, auch wenn die Mitglieder der Schwerbehindertenvertretung nicht Angehörige des jeweiligen Betriebes oder Dienststelle sind.

Verhandlungen über den Abschluss von Integrationsvereinbarungen sind nicht mehr nur den örtlichen Schwerbehindertenvertretungen vorbehalten. Das Gesetz enthält nun die Klarstellung, dass diese Aufgaben auch den für die jeweiligen Unternehmen oder Konzerne bzw. Dienststellen zuständigen Gesamtschwerbehindertenvertretungen sowie den Konzern-, Bezirks- und Hauptschwerbehindertenvertretungen zukommen. Allerdings gilt dies nur, soweit es um Angelegenheiten geht, die das Gesamtunternehmen oder mehrere Betriebe oder Dienststellen des Arbeitgebers betreffen und von der örtlichen Schwerbehindertenvertretung der einzelnen Betriebe oder Dienststellen nicht geregelt werden können. Das Entsprechende gilt im öffentlichen Dienst für die örtliche Schwerbehindertenvertretung, die Bezirks- und die Hauptschwerbehindertenvertretung.

Im Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen ist, getragen von der Überlegung, dass Rechtsverstöße von Arbeitgebern richtigerweise durch ein Bußgeld zu ahnden seien, der Bußgeldrahmen in § 156 SGB IX von 2 500 auf 10 000 Euro erhöht worden. Dies entspricht dem Bußgeldrahmen des § 121 Betriebsverfassungsgesetz. Im Übrigen darf in den Fällen, in denen die Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung unterblieben ist, die beabsichtigte Maßnahme nicht durchgeführt oder vollzogen werden. Sie ist vielmehr auszusetzen und die Beteiligung innerhalb von sieben Tagen nachzuholen. Auch gilt, dass in Angelegenheiten der Aufgaben der Schwerbehindertenvertretungen die Arbeitsgerichte zuständig sind. Diese können von den Schwerbehindertenvertretungen bei Rechtsverstößen gegen Pflichten der Arbeitgeber angerufen werden.

6.11 Besonderer Kündigungsschutz für schwerbehinderte Beschäftigte

Die Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen bedarf der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes.

Dem Jahresbericht der Arbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2003/2004 ist zu entnehmen, dass von den insgesamt rund 31 400 Verfahren auf Zustimmung zu ordentlichen Kündigungen, in denen betriebliche Kündigungsgründe wie Betriebsauflösung/wesentliche Betriebseinschränkung oder Wegfall des Arbeitsplatzes im Vordergrund standen, rund 83 Prozent mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses abgeschlossen worden sind. In mehr als der Hälfte dieser Verfahren endete das Arbeitsverhältnis mit Zustimmung des betroffenen schwerbehinderten Menschen, das heißt mit ausdrücklicher Einverständniserklärung, durch Aufhebungsvertrag oder aufgrund des Bezuges einer Rente.

Hieraus wird deutlich, dass der besondere Kündigungsschutz keineswegs zur Unkündbarkeit führt. Er stellt damit auch kein Einstellungshindernis für behinderte Menschen dar. Im Gegenteil: Eine wichtige Aufgabe der Integrationsämter besteht gerade darin, das Arbeitsverhältnis extern zu prüfen und Wege aufzuzeigen, wie Beschäftigungsverhältnisse im Rahmen der begleitenden Hilfe fortgeführt werden können, die ohne diesen besonderen Kündigungsschutz beendet würden. Häufig ergeben sich im Verlauf eines solchen Verfahrens Lösungsmöglichkeiten, die vorher von den Beteiligten nicht bedacht worden sind.

Um gleichwohl die Akzeptanz dieser Regelung bei Arbeitgebern zu verbessern sind mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen zwei Neuerungen erfolgt:

- Der besondere Kündigungsschutz gilt nicht, wenn zum Zeitpunkt der Kündigung die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch nicht nachgewiesen ist. Der Kündigungsschutz gilt auch nicht in den Fällen, in denen ein Verfahren auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft zwar anhängig ist, die zuständige Behörde aber wegen fehlender Mitwirkung des Antragstellers keine Entscheidung treffen kann. Damit wird der besondere Kündigungsschutz für die Fälle ausgeschlossen, in denen die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft nur betrieben wird, um eine Kündigung zu verzögern.
- Das Verfahren zur Zustimmung zur Kündigung wird beschleunigt. Entscheiden die Integrationsämter bei einer beabsichtigten Kündigung wegen der vollständigen Einstellung oder Insolvenz des Betriebes nicht innerhalb eines Monats, gilt die Zustimmung als erteilt.

6.12 Zusatzurlaub für schwerbehinderte Beschäftigte

Schwerbehinderte Menschen haben einen Anspruch auf einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von fünf Arbeitstagen im Jahr. Dieser Anspruch beruht auf der gesetzgeberischen Überlegung, dass ein schwerbehinderter Beschäftigter seine Arbeitskraft schneller als ein Nichtbehinderter verbraucht und daher sein Erholungsbedürfnis in aller Regel gesteigert ist. Auf eine im konkreten Fall notwendige und medizinisch angezeigte Erholungsbedürftigkeit kommt es dabei nicht an. Der Zusatzurlaub tritt dem Erholungsurlaub hinzu. Unabhängig von der Dauer des Erholungsurlaubs ist er in der gesetzlichen Höhe zu gewähren, eine Anrechnung bei einer längeren als der gesetzlichen Mindestdauer des Erholungsurlaubs findet nicht statt.

Den bei den Beratungen des Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen erhobenen Forderungen nach Kürzungen beim Anspruch auf Zusatzurlaub sowie vollständiger Abschaffung dieses Anspruchs angesichts der heutigen durchschnittlichen Dauer des Erholungsurlaubs ist der Gesetzgeber nicht gefolgt. Allerdings sind Korrekturen in Bezug auf die Anspruchsdauer in den Fällen, in denen die Schwer-

behinderteneigenschaft nicht in dem gesamten Jahr vorliegt, oder das Arbeitsverhältnis nicht ganzjährig besteht, vorgenommen worden, um die Akzeptanz des Zusatzurlaubs zu erhöhen und nicht verständliche Belastungen aus der Inanspruchnahme auszuschließen. So besteht ein Anspruch auf Zusatzurlaub nur noch in dem anteiligen Umfang, in dem in dem jeweiligen Kalenderjahr die Schwerbehinderteneigenschaft vorliegt. Ausgeschlossen wurde auch eine Übertragbarkeit von Ansprüchen auf Zusatzurlaub aus vergangenen Urlaubsjahren, wenn die Schwerbehinderteneigenschaft – z. B. in den Fällen eines länger andauernden Feststellungsverfahrens, rückwirkend festgestellt wird.

6.13 Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen

Vorrangiges Ziel des SGB IX ist die Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Wenn dies wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung trotz aller Hilfen und der zur Verfügung stehenden Förderinstrumente nicht, noch nicht oder noch nicht wieder möglich ist, sind Werkstätten für behinderte Menschen das Instrument zur beruflichen Qualifizierung und Beschäftigung. In diesen Einrichtungen verwirklicht diese Gruppe von Menschen mit Behinderungen ihr Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben und auf Eingliederung in das Arbeitsleben.

Anerkannt sind insgesamt 671 Werkstätten, in denen rund 227 000 behinderte Menschen eine berufliche Bildung und eine Beschäftigung erhalten (2002). Hiervon entfallen auf die alten Länder 496 Werkstätten mit rund 184 000 behinderten Menschen und auf die neuen Länder 175 Einrichtungen mit rund 43 000 behinderten Menschen.

Die Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen ist an die Voraussetzung geknüpft, dass die behinderten Menschen spätestens nach Teilnahme an den Maßnahmen im Berufsbildungsbereich wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen können. Für behinderte Menschen, bei denen eine Eingliederung in das Arbeitsleben und eine Teilhabe am Arbeitsleben nicht erwartet werden kann, sind Maßnahmen der sozialen Eingliederung und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft vorgesehen. Diese Maßnahmen sollen in Einrichtungen durchgeführt werden, die den Werkstätten räumlich angegliedert sind und in der Regel als Tagesförderstätten bezeichnet werden („unter dem verlängerten Dach“ der Werkstätten). Diese räumliche Angliederung erleichtert den Übergang in eine Werkstatt.

Die Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen setzt voraus, dass Leistungen durch die Rehabilitationsträger gewährleistet sind. Im Rahmen des SGB IX sind die Träger der Sozialhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen worden. Gleichzeitig werden seitdem die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben einkommens- und vermögensunabhängig erbracht. Damit entfallen ab 1. Juli 2001 frühere Regelungen über die Kostentragung durch die behinderten Menschen selbst (Selbstzahler). Gleiches gilt

für die behinderten Menschen in Tagesförderstätten. Die Mehrbelastungen der überörtlichen Träger der Sozialhilfe hierdurch werden für die Jahre 2001 und 2002 auf jährlich rund 27,9 Mio. Euro geschätzt.

Aufgabe der Werkstätten ist es, den wegen ihrer Behinderung auf diese Einrichtungen angewiesenen behinderten Menschen eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt zu bieten. Aufgabe der Werkstätten ist es ferner, den behinderten Menschen zu ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Die Dauer der Maßnahmen im Berufsbildungsbereich beträgt zwei Jahre. Mit dem SGB IX wurde bestimmt, dass das Eingangsverfahren nicht mehr nur in Zweifelsfällen durchgeführt werden kann, sondern verpflichtend durchgeführt werden muss. Das Eingangsverfahren hat darüber hinaus eine erweiterte Aufgabenstellung erhalten, nämlich einen Eingliederungsplan zu erstellen. Forderungen nach einer mindestens dreijährigen Bildungszeit im Berufsbildungsbereich ist der Gesetzgeber nicht gefolgt, da die Maßnahmen im Berufsbildungsbereich einer gesetzlich geregelten Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf nicht zuletzt im Hinblick auf die unterschiedlichen qualitativen Anforderungen nicht vergleichbar sind.

Mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen sind mit Wirkung zum 1. Mai 2004 zusätzliche Klarstellungen zur Dauer der Förderung der beruflichen Bildung im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich vorgenommen worden. So ist bestimmt, dass abweichend von der grundsätzlichen Förderdauer von drei Monaten die Leistungsdauer auf bis zu vier Wochen verkürzt werden kann, wenn während des Eingangsverfahrens festgestellt wird, dass eine kürzere Leistungsdauer ausreichend ist, um die erforderlichen Feststellungen zu treffen. Für die Maßnahmen im Berufsbildungsbereich gilt, dass die Bewilligung der Leistungen in Abschnitten von jeweils einem Jahr erfolgt. In dem Verfahren zur Bewilligung des weiteren Förderabschnitts über die Dauer des ersten Jahres hinaus für ein weiteres Jahr ist nunmehr eine fachliche Stellungnahme des in der Werkstatt eingerichteten Fachausschusses über die weitere Fördernotwendigkeit einzuholen. Damit wird das Förderverfahren transparenter und objektiviert.

Im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich erhalten die behinderten Menschen kein Arbeitsentgelt, sondern eine Leistung des zuständigen beruflichen Rehabilitationsträgers, bei Zuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit hauptsächlich ein Ausbildungsgeld. Diese Leistung ist zum 1. August 2001 zwischen den alten und den neuen Ländern vereinheitlicht worden und beträgt jetzt monatlich 57 Euro im ersten und 67 Euro im zweiten Jahr.

Zuständiger Rehabilitationsträger im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich ist in der Regel die Bundesagentur für Arbeit, in wenigen Fällen sind dies auch die Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung oder der Kriegspferfürsorge. Die Bundesagentur

für Arbeit hat im Jahre 2003 Leistungen in Höhe von rund 318,5 Mio. Euro (ohne Ausbildungsgeld) erbracht. Zuständige Rehabilitationsträger für den Arbeitsbereich der Werkstätten sind fast ausschließlich die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die dafür (2002) rund 3,1 Mrd. Euro aufgewendet haben.

Die Werkstätten für behinderte Menschen sind gesetzlich verpflichtet, ein leistungsangemessenes Arbeitsentgelt zu zahlen. Hierauf haben die beschäftigten behinderten Menschen einen vor den Arbeitsgerichten einklagbaren Rechtsanspruch. Die Möglichkeiten der Werkstätten zur Zahlung leistungsangemessener Arbeitsentgelte sind in den letzten Jahren verbessert worden. So ist mit dem SGB IX die Frage, welche Leistungen der Werkstätten von den zuständigen Rehabilitationsträgern vergütet werden müssen, aufgrund der Erfahrungen in der Praxis präziser geregelt worden. Bestimmt ist, dass die Vergütungen der Rehabilitationsträger alle für die Erfüllung der Aufgaben und der fachlichen Anforderungen der Werkstätten notwendigen Kosten sowie die Kosten der wirtschaftlichen Betätigung der Werkstätten, soweit diese über die in einem Wirtschaftsunternehmen üblicherweise entstehenden Kosten hinausgehen, umfassen. Außerdem ist den Werkstätten untersagt, dass von den Rehabilitationsträgern nicht übernommene Kosten oder Verluste aus Vergütungsvereinbarungen mit den Rehabilitationsträgern zu Lasten der Entgeltzahlung an die Beschäftigten aus den Arbeitsergebnissen der Einrichtungen gedeckt werden. Dem Ziel, die Entlohnung der behinderten Menschen in den Werkstätten zu verbessern, dient auch das im Rahmen des SGB IX in der Werkstättenverordnung verankerte Transparenzgebot, das die Werkstätten zur Offenlegung der Arbeitsergebnisse gegenüber den Anerkennungsbehörden verpflichtet.

Mit dem SGB IX ist schließlich ein Arbeitsförderungsgeld eingeführt worden. Beschäftigte, deren Arbeitsentgelt 325 Euro monatlich nicht übersteigt, erhalten seit dem 1. Juli 2001 zusätzlich ein Arbeitsförderungsgeld in Höhe von bis zu 26 Euro monatlich. Bei einem Arbeitsentgelt bis zu 299 Euro wird das Arbeitsförderungsgeld in voller Höhe gezahlt, ansonsten in der Höhe der Differenz zwischen dem Arbeitsentgelt und 325 Euro. Das Arbeitsförderungsgeld ist eine zusätzliche – arbeitsentgeltsteigernde – Leistung des für die Leistungen im Arbeitsbereich zuständigen Rehabilitationsträgers und wird von der Werkstatt an die behinderten Beschäftigten ausgezahlt. Erhebungen des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik gehen für das Jahr 2002 von Mehrbelastungen durch das Arbeitsförderungsgeld (einschließlich der hierauf errechneten Rentenversicherungsbeiträge) für die überörtlichen Sozialhilfeträger als die im Arbeitsbereich hauptsächlich Rehabilitationsträger in Höhe von rund 62,7 Mio. Euro aus.

Mit dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2005 geregelt, dass das Arbeitsförderungsgeld künftig nicht nur wie bisher bei einer stationären Unterbringung, sondern auch bei ambulanten Wohnformen nicht mehr als Einkommen angerechnet wird.

Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitsentgelte in Werkstätten

Land	1998 in Euro	1999 in Euro	2000 in Euro	2001 in Euro	2002 in Euro
Baden-Württemberg	117,98	124,71	133,41	145,44	154,83
Bayern	154,89	158,89	164,49	175,38	184,62
Bremen	142,30	140,72	149,54	163,91	183,00
Hamburg	151,00	157,44	164,83	173,79	183,04
Hessen	141,92	139,11	123,55	143,92	161,05
Niedersachsen	156,30	158,49	158,64	174,91	169,76
Nordrhein-Westfalen	131,74	135,79	140,85	151,80	162,16
Rheinland Pfalz	155,67	161,23	162,39	175,57	190,46
Saarland	169,76	190,45	201,21	222,25	228,60
Schleswig Holstein	152,32	150,68	153,44	160,31	185,97
Berlin (West)*	170,05	157,30	147,75	160,39	*
Alte Länder	141,50	145,01	148,07	160,70	170,48
Berlin*					150,06*
Berlin (Ost)*	61,48	71,61	80,62	94,57	*
Brandenburg	62,73	65,99	72,19	89,59	105,86
Mecklenburg-Vorpommern	86,19	89,09	102,86	117,39	126,61
Sachsen	63,85	73,19	77,40	83,34	106,84
Sachsen-Anhalt	68,17	71,94	73,89	91,67	107,75
Thüringen	106,42	113,74	116,27	128,21	141,44
Neue Länder	74,93	80,80	86,09	98,84	115,84
Deutschland (gesamt)	129,59	133,17	136,30	148,80	159,81

* Berlin ab 2002 in einer Summe, nicht mehr in Durchschnittswerten Alte/Neue Länder aufgeführt.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ergebnisse der Statistik zur Rentenversicherung der in Werkstätten beschäftigten behinderten Menschen

Die in den Werkstätten beschäftigten behinderten Menschen sind in der gesetzlichen Rentenversicherung, in der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung sowie in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Die Beiträge in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung richten sich nicht nach den tatsächlich erzielten Arbeitsentgelten, sondern nach Mindestentgelten. Diese betragen in der Kranken- und Pflegeversicherung 20 Prozent (im Jahr 2004 483 Euro, hier gelten seit dem 1. Januar 2002 auch in den neuen Ländern die Werte der Bezugsgröße West), in der Rentenversicherung 80 Prozent der Bezugsgröße in der Sozialversicherung (2004 1 932 Euro in den alten und 1 624 Euro in den neuen Ländern). Dies ermöglicht den behinderten Menschen in den Werkstätten eine Altersrente in einer Höhe, die sie von Leistungen der Sozialhilfe zum Lebensunterhalt unabhängig macht.

Nach einer Beschäftigung von 20 Jahren und somit der Zurücklegung einer Wartezeit von 240 Kalendermonaten

erhalten die behinderten Menschen eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. Die behinderten Menschen können die Beschäftigung auch bei Bezug der Rente weiterhin fortsetzen, das erzielte Arbeitsentgelt führt auch dann, wenn die allgemeine Hinzuverdienstgrenze überschritten wird, nicht zu einer Verringerung der Rentenhöhe.

Die Beiträge werden in der Regel von dem zuständigen Leistungsträger, die Rentenversicherungsbeiträge weit überwiegend vom Bund getragen. Der Bund hat für 2003 insgesamt 852 Mio. Euro und für 2004 rund 919 Mio. Euro veranschlagt.

Versicherungspflicht zur Bundesagentur für Arbeit besteht dagegen nicht. Es wird auch keine Notwendigkeit gesehen, Forderungen nach einer entsprechenden Absicherung gegen das Risiko des Eintritts von Arbeitslosigkeit Werkstattbeschäftigter nachzukommen. Einer solchen Absicherung bedarf es auch nicht in den Fällen, in denen Werkstattbeschäftigte im Rahmen der Förderung

des Übergangs auf die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden. In diesen Fällen setzt Versicherungspflicht mit der Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein. Kommt eine solche Beschäftigung nicht zustande, besteht die Beschäftigung in der Werkstatt unverändert fort.

Die Rechtsstellung der in den Werkstätten beschäftigten behinderten Menschen ist seit 1996 gesetzlich geregelt. Die im Arbeitsbereich beschäftigten behinderten Menschen stehen, soweit sie nicht Arbeitnehmer sind, gegenüber dem Träger der Werkstatt in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis, auf das arbeitsrechtliche und arbeitsschutzrechtliche Grundsätze und Vorschriften entsprechend anwendbar sind. Der Inhalt des Rechtsverhältnisses wird unter Berücksichtigung des zwischen dem behinderten Menschen und dem Rehabilitationsträger bestehenden Sozialleistungsverhältnisses durch Werkstattverträge zwischen den behinderten Menschen und dem Werkstattträger geregelt.

Durch das Gesetz zur Änderung des Rechts der Vertretung durch Rechtsanwälte vor den Oberlandesgerichten vom 23. Juli 2002 wurde auch der Aspekt Geschäftsunfähigkeit geregelt: Es wird ein wirksamer, erfüllter Vertrag im Hinblick auf bewirkte Leistung und Gegenleistung fingiert. Es werden aber gleichzeitig keine Vertragspflichten für den geschäftsunfähigen behinderten Menschen begründet, die dem Schutz des Geschäftsunfähigen zuwider laufen könnten.

Die Mitwirkung der im Arbeitsbereich der Werkstätten beschäftigten behinderten Menschen, soweit sie keine Arbeitnehmer sind, ist in der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung geregelt, die zeitgleich mit dem SGB IX am 1. Juli 2001 in Kraft getreten ist. Danach sind Werkstattträte ausschließlich in Werkstätten einzurichten, nicht auch, wie im Schwerbehindertengesetz noch vorgesehen, in den „Zweigwerkstätten“ oder den „weiteren Betriebsstätten“ der Einrichtungen. Werkstatt ist die nach § 142 SGB IX anerkannte Werkstatt unter Einschluss etwaiger weiterer Betriebsstätten der jeweiligen Einrichtungen. Die an den Beratungen zum Erlass der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung Beteiligten waren überwiegend der Auffassung, dass eine unterschiedliche Meinungsbildung in den einzelnen Betriebsstätten die Stellung der Interessenvertreter der Werkstattbeschäftigten gegenüber der Werkstattleitung schwächen würde und haben es deshalb als wichtig angesehen, die Interessen der Werkstattbeschäftigten durch einen einzigen Werkstatttrat zu bündeln.

Die Mitwirkungsverordnung schließt aber nicht aus, dass in den „weiteren Betriebsstätten“ der Einrichtungen zusätzliche Interessenvertretungen der Beschäftigten eingerichtet werden, die aber nicht die Rechte und Pflichten von Werkstattträten haben und nicht an die Stelle des für die Gesamteinrichtung gewählten Werkstatttrates treten können. Bei den Kosten, die in den Werkstätten im Zusammenhang mit der Errichtung solcher zusätzlicher Interessenvertretungen entstehen können, handelt es sich aber nicht um „notwendige Kosten“, die die Rehabilitationsträger zu vergüten haben. Solche Kosten dürfen die Werk-

stätten auch nicht aus dem erwirtschafteten Arbeitsergebnis aufbringen. Dies ginge zulasten der Arbeitsentgelte der beschäftigten behinderten Menschen.

Die ersten Wahlen auf der Grundlage der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung haben in der Zeit vom 1. Oktober bis 30. November 2001 stattgefunden. Die erste Amtszeit dieser Werkstattträte endet am 30. September 2005. Es liegen in Anbetracht dieser kurzen Zeitdauer noch keine umfassenden Erfahrungen zur Praxis der Mitwirkung in den Werkstätten vor. In der Fachöffentlichkeit wird schwerpunktmäßig die Forderung nach der Einrichtung von Werkstattträten in den Betriebsstätten erhoben, daneben auch die Größe des Werkstatttrats in Bezug auf größere Einrichtungen hinterfragt. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird die Anregungen der Praxis auswerten.

Die Werkstattträte haben beschlossen, eine bundesweite Vernetzung zu organisieren, um sich gemeinsam für die Rechte der Beschäftigten in den Werkstätten einzusetzen und haben im Oktober 2003 die „Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstattträte e. V.“ gegründet.

Dies zeigt auch deutlich, dass sich behinderte Menschen vermehrt und unter Nutzung von Synergieeffekten für ihre eigenen Interessen einsetzen.

Für die Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft haben die Kirchen in Ausübung ihres verfassungsrechtlich gewährleisteten kirchlichen Selbstbestimmungsrechts eigene Mitwirkungsverordnungen erlassen.

Im Jahr 2002 hat die Firma „con_sens“ Hamburg im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung erstmalig eine bundesweite „Bestands- und Bedarfserhebung Werkstätten für behinderte Menschen“ durchgeführt. Unterstützt haben dieses Projekt die Länderministerien, überörtliche Träger der Sozialhilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft und Landesarbeitsgemeinschaften der Werkstätten für behinderte Menschen, die Freie Wohlfahrtspflege und die Werkstätten/Werkstattsträger selbst. Für die Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft haben die Kirchen in Ausübung ihres verfassungsrechtlich gewährleisteten kirchlichen Selbstbestimmungsrechts eigene Mitwirkungsverordnungen erlassen.

Wesentliches Ergebnis ist, dass heute eine ausreichende Grundversorgung an Werkstattplätzen in allen Ländern besteht. Bis 2010 werden zusätzlich 20 000 Werkstattplätze benötigt. Danach wird der Bedarf demographisch bedingt wieder sinken.

In den Flächenländern beträgt die Angebotsdichte 3,5 bis 4,5 Werkstattplätze pro 1 000 Einwohner der Altersgruppe 18 bis unter 65 Jahre. Abweichungen zwischen den einzelnen Flächenländern begründen sich im Wesentlichen mit den anderen Angeboten/Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Durch regionale Strukturen kommt es zu stärkeren Abweichungen in den drei Stadtstaaten.

Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung vom 16. Januar

2004 ist – entsprechend einem Beschluss des Bundesrates vom 20. Juni 2003 – eine Neuverteilung der Mittel der Ausgleichsabgabe zwischen Bund und Ländern vorgenommen worden. Die Länder erhalten – ab 1. Januar 2005 – einen Anteil von 70 Prozent am Aufkommen an Ausgleichsabgabe anstelle von bisher 55 Prozent. Damit einhergehend ist auch die Förderung von Werk- und Wohnstätten für behinderte Menschen bei den Ländern gebündelt worden.

Durch neue zusätzliche Finanzierungsformen, wie die Förderung von Miet- und Pachtzinsen sowie Zinszuschüssen zu Darlehen, haben die Länder weitere Möglichkeiten, bedarfsgerecht zu fördern.

Dabei bleibt allerdings erforderlich, dass länderübergreifende Bedarfsgesichtspunkte bei der Planung und Schaffung solcher Einrichtungen weiterhin Beachtung finden. Deshalb wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bei der Planung neuer oder der Erweiterung bestehender Einrichtungen beteiligt. Damit behält der Bund Einfluss auf die Sicherung des Anspruchs auf gleiche Lebensverhältnisse in den Ländern.

Die Werkstätten fördern den Übergang behinderter Menschen aus den Werkstätten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dies ist mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter nunmehr ausdrücklich als verpflichtende Aufgabe der Werkstätten gesetzlich verankert worden. Hierzu geeignete Maßnahmen sind etwa die Einrichtung von Überganggruppen mit besonderen Förderangeboten oder die zeitweise Beschäftigung auf ausgelagerten Arbeitsplätzen in Betrieben und Dienststellen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Mit dem SGB IX ist eine erweiterte Beteiligung der Fachausschüsse in den Werkstätten in Bezug auf Planung und Durchführung von übergangsfördernden Maßnahmen bestimmt worden. Damit ist der Einfluss der Rehabilitationsträger auf die Förderung des Übergangs gestärkt worden. Daneben sind die Rehabilitationsträger auch ausdrücklich verpflichtet, in der Zeit der Maßnahmen die Vergütungen weiterzuzahlen.

Die Werkstätten sind verpflichtet, in die Bemühungen zur Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt die Bundesagentur für Arbeit und ihre örtlichen Agenturen einzubeziehen. Bei diesen Vermittlungsaufgaben können aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Regelung auch Integrationsfachdienste beteiligt werden. Die Beteiligung von Integrationsfachdiensten ist, wie den statistischen Erhebungen zur Vermittlung schwerbehinderter Menschen durch Integrationsfachdienste (Daten siehe Ziffer 6.4) entnommen werden muss, bisher noch sehr gering.

Von Verbänden und Werkstattträgern genannte Hindernisse, die für die geringe Zahl von Übergängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verantwortlich seien, sind in den vergangenen Jahren durch entsprechende gesetzliche Regelungen, etwa im Rentenrecht, nach und nach beseitigt worden. So ist im Rahmen der am 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit eine Regelung geschaffen worden, nach der Versicherte, die – wie Beschäftigte in Werkstätten für

behinderte Menschen – bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren, auch in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt als voll erwerbsgemindert anzusehen sind. Dadurch ist gewährleistet, dass die vor dem Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in der Werkstatt zurückgelegte Anwartschaft bei einer der gescheiterten Eingliederung folgenden Rückkehr in die Einrichtung fortbesteht.

Mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen sind weitere Verbesserungen eingeführt worden. So kann Arbeitgebern, die ehemals Werkstattbeschäftigte in ihre Betriebe übernehmen, ein besonderer Minderleistungsausgleich gezahlt und ein Betreuungsaufwand besser abgegolten werden. Ferner ist eine gesetzliche Regelung zur Anrechnung von Werkstattbeschäftigten auf die Zahl der Pflichtplätze des übernehmenden Betriebes getroffen worden.

Die „Virtuelle Werkstatt“ ist ein Modellprojekt des saarländischen Sozialministeriums für seelisch behinderte Menschen im Stadtverband Saarbrücken. Es richtet sich an Menschen, die aufgrund von Art oder Schwere einer primär seelischen Behinderung nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Beschäftigung finden können. Die Werkstatt ist rein virtuell, da es keine eigenen Produktionsstätten gibt. Stattdessen bietet das Modell eine externe Beschäftigung in „normalen“ Betrieben und Dienststellen im Bereich des Stadtverbandes Saarbrücken an, um es den Menschen zu ermöglichen, wieder in den normalen Arbeitsalltag hineinzuwachsen. Die wöchentliche Arbeitszeit wird entsprechend den Fähigkeiten und dem Leistungsvermögen des behinderten Menschen sowie den Vorgaben des Auftrags- bzw. Beschäftigungsgebers festgelegt. Betreut und gefördert werden die behinderten Menschen von den Projektmitarbeitern, von einer Werkstattdirektorin und einem „Job-Coach“. Das Modellprojekt hat eine Laufzeit von fünf Jahren und wird bis Mai 2009 durchgeführt. Bei einem erfolgreichen Modellverlauf soll es auch auf andere Regionen und weitere Zielgruppen ausgedehnt werden.

6.14 „Jobs ohne Barrieren“ soll Beschäftigungssituation verbessern

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung koordiniert die Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ – Initiative für Ausbildung und Beschäftigung behinderter Menschen und betriebliche Prävention. Diese Initiative begleitet die Umsetzung des Gesetzes zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23. April 2004. Arbeitgeber, Gewerkschaften, Behindertenverbände und -organisationen, Länder, Integrationsämter, die Bundesagentur für Arbeit, Rehabilitationsträger sowie Rehabilitationsdienste und -einrichtungen, der Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen und weitere Organisationen beteiligen sich an Aktivitäten, mit denen die Situation behinderter und schwerbehinderter Menschen auf dem Ausbildungsstellen- und Arbeitsmarkt sowie auf der betrieblichen Ebene nachhaltig zu einer chancengleichen

Teilhabe verändert werden soll. „Jobs ohne Barrieren“ will daher Arbeitgeber, Personalverantwortliche und die Interessenvertretungen der Beschäftigten, insbesondere die Schwerbehindertenvertretungen, zu Partnern machen. Sie sollen in gemeinsamer Verantwortung und unterstützt durch Aktivitäten der an der Initiative Beteiligten die Ausbildungs- und Beschäftigungssituation behinderter und schwerbehinderter Menschen und die betriebliche Prävention nachhaltig verbessern.

Die Rahmenbedingungen für die mit einer Auftaktveranstaltung am 14. September 2004 gestartete Initiative sind im Internet geschaltet (www.bmgs.bund.de). Die Evaluierung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit wird insbesondere auch erfolgen in den Berichten der Bundesregierung an die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes

- zum 30. Juni 2005 über die Situation behinderter und schwerbehinderter Frauen und Männer auf dem Ausbildungsstellenmarkt und
- zum 30. Juni 2007 über die Wirkungen der Instrumente zur Sicherung von Beschäftigung und zur betrieblichen Prävention, in dem die Bundesregierung auch die Höhe der Beschäftigungspflichtquote überprüfen wird.

7. Gleichstellung behinderter Menschen

7.1 Barrieren abgebaut

Behinderte Menschen haben das Recht, in gleicher Weise wie nichtbehinderte am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und nicht allein auf die Fürsorge der Gesellschaft angewiesen zu sein. Neben dem Bestehen sozialrechtlicher Ansprüche ist es deshalb wichtig, ihre Bürgerrechte zu sichern. Dazu müssen alle Lebensbereiche so gestaltet werden, dass behinderte Menschen gleiche Chancen haben, am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen. Dabei geht es u. a. um die Möglichkeit zur Nutzung barrierefreier Verkehrsmittel, um zugängliche und nutzbare Gebäude, um barrierefreie Gaststätten sowie um die Verständigung in der eigenen Sprache mittels Gebärdensprache oder die Übertragung mit geeigneten Kommunikationshilfen und um die Nutzbarkeit moderner Medien – wie das Internet –, ohne durch grafische Oberflächen ausgeschlossen zu werden.

Die Bundesregierung hat die Forderung von Menschen mit Behinderungen nach Umsetzung des Benachteiligungsverbots und nach Schaffung eines Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) aufgegriffen. Das BGG ist am 1. Mai 2002 in Kraft getreten.

7.2 Ziel des Gesetzes

Das BGG enthält allgemeine Vorschriften zum Gesetzesziel und zu den besonderen Belangen behinderter Frauen, Definitionen der Behinderung und der Barrierefreiheit, Regeln zu Zielvereinbarungen und die Bestimmung über die Anerkennung der Deutschen Gebärdensprache und der lautsprachbegleitenden Gebärdensprache sowie das Recht, diese und auch andere geeignete Kommunikationsformen zu verwenden.

Die Berücksichtigung der besonderen Belange behinderter Frauen ist sowohl in einer eigenständigen, zentralen Vorschrift des BGG als auch in weiteren Einzelvorschriften vorgegeben. Zusätzlich wird die Zulässigkeit besonderer Maßnahmen zur Förderung behinderter Frauen ausdrücklich geregelt.

Kernstück des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen ist die Barrierefreiheit. Nach der im BGG getroffenen Definition bedeutet Barrierefreiheit, dass alle gestalteten Lebensbereiche für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernisse und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Unter gestalteten Lebensbereichen sind u. a. bauliche Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen zu verstehen, wobei zu berücksichtigen ist, dass einzelne schwerstbehinderte Menschen auch weiterhin auf fremde Hilfe angewiesen sein werden. Das Ziel einer allgemeinen Barrierefreiheit umfasst neben der Ausrichtung von Publikationen in „leichter Sprache“ für Menschen mit geistiger Behinderung/Lernschwierigkeiten, Beseitigung räumlicher Barrieren für Rollstuhlfahrende und gehbehinderte Menschen auch die kontrastreiche Gestaltung der Lebensumwelt für sehbehinderte Menschen sowie die barrierefreie Kommunikation etwa mittels Gebärdensprachdolmetscher oder über barrierefreie elektronische Medien.

7.3 Zielvereinbarung

Zur Herstellung von Barrierefreiheit dient auch das mit dem BGG geschaffene neue Instrument der Zielvereinbarung. Immer dann, wenn rechtliche Vorgaben zur Barrierefreiheit fehlen, kann über die Zielvereinbarungen diese Lücke geschlossen werden. Die Zielvereinbarung überlässt es den Beteiligten, Regelungen zur Herstellung von Barrierefreiheit zu treffen, die den jeweiligen Verhältnissen und Bedürfnissen angepasst sind. In vielen Fällen erweist sich die Herstellung der Barrierefreiheit als vieltalig, sodass sie kaum mit relativ starren Vorschriften erfasst werden kann. Zielvereinbarungen sollen flexible und verhältnismäßige Lösungen ermöglichen. Sie können für alle gesellschaftlichen Bereiche, die für behinderte Menschen wichtig sind, getroffen werden. Das Instrument der Zielvereinbarung ist aber auch Ausdruck eines grundsätzlichen Wandels in der Einstellung: behinderte Menschen regeln ihre Angelegenheiten selbst, ohne auf eine staatliche Verpflichtung anderer zu warten.

Bei Zielvereinbarungen handelt es sich um privatrechtliche Verträge, deren Inhalt von den Vertragspartnern frei verhandelt und ausgestaltet werden kann. Es gilt die Privatautonomie. An die Zielvereinbarung gebunden sind demnach die am Abschluss beteiligten Parteien. Verhandlungspartner sind Unternehmen oder Unternehmensverbände und vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung anerkannte Verbände, die Interessen behinderter Menschen vertreten. Bisher sind 22 Verbände vom Ministerium anerkannt worden. Eine vollständige Liste dieser Verbände findet sich in der über die Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zugänglichen Datenbank zu Zielvereinbarungen.

Um Verhandlungen überhaupt in Gang zu setzen, sieht das BGG einen Anspruch anerkannter Verbände auf die Aufnahme von Verhandlungen über Zielvereinbarungen vor. Wenn mehrere anerkannte Verbände verhandeln wollen, werden gemeinsame Verhandlungskommissionen gebildet. Dies dient der Konzentration der Verhandlungen. Deshalb ist auch ein erneuter Verhandlungsanspruch nach dem Gesetz ausdrücklich ausgeschlossen. Dies gilt in folgenden Fällen:

- bei laufenden Verhandlungen besteht kein Anspruch weiterer Verbände auf die Aufnahme von Verhandlungen,
- für ein Unternehmen besteht bereits eine Zielvereinbarung unter Berücksichtigung des Geltungsbereichs und der Geltungsdauer,
- ein Unternehmen ist einer bestehenden Zielvereinbarung beigetreten oder
- ein Unternehmen hat seinen Beitritt angekündigt.

In diesen Fällen gilt abschließend: Das Unternehmen muss sich nicht einer erneuten Verhandlung stellen.

Verhandlungen über Zielvereinbarungen sind dem beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eingerichteten Zielvereinbarungsregister unter Benennung von Verhandlungsparteien und Verhandlungsgegenstand anzuzeigen. Den Internetseiten des Ministeriums kann entnommen werden, dass derzeit vier Verhandlungen über Zielvereinbarungen gemeldet sind. Zwei Verhandlungen betreffen den Verkehrsbereich (barrierefreie Gestaltung von Haltepunkten, Fahrzeugen sowie Bahnsteigen), eine weitere hat die standardisierte Erfassung, Bewertung und Darstellung barrierefreier Angebote in Hotellerie und Gastronomie zum Gegenstand. Mit der barrierefreien Gestaltung einer Betriebsstätte der Globus Handelshof GmbH & Co. KG befasst sich die vierte Verhandlung. Der Abschluss einer Zielvereinbarung ist bisher noch nicht gemeldet worden.

Zum Mindestinhalt von Zielvereinbarungen gehören neben Geltungsbereich und Geltungsdauer die Festlegung von Mindestbedingungen darüber, wie und in welchem Zeitrahmen Barrierefreiheit hergestellt werden soll. Der Deutsche Behindertenrat hat einen Mustervertragstext für Zielvereinbarungen erarbeitet. Der Mustervertragstext kann den anerkannten Verbänden als Hilfestellung zur juristischen Ausgestaltung einer Zielvereinbarung dienen. Der mit ausführlichen Erläuterungen versehene Mustervertragstext gibt Hinweise auf viele denkbare Gestaltungsmöglichkeiten zu vertraglichen Regelungen zu Mindeststandards, zur Erfüllungszeit und Geltungsdauer, zur Kündigung und zu Vertragsstrafen, zur Zusammenarbeit der Vertragspartner sowie zur außergerichtlichen Streitbeilegung.

Für die Verbände behinderter Menschen ist die Anbahnung und die Aufnahme von Zielvereinbarungen zur Herstellung von Barrierefreiheit ein Prozess, der eine behutsame Annäherung der Verhandlungspartner erforderlich macht. Die verhandlungsberechtigten Verbände befinden sich derzeit noch in Entscheidungs- und

Abstimmungsprozessen über die mithilfe von Zielvereinbarungen anzustrebenden Verbesserungen, die Eignung bestimmter Anliegen für Zielvereinbarungen und die Auswahl geeigneter Zielvereinbarungspartner. Die Verbände gehen für die Zukunft von einer verstärkten Nutzung des Instruments der Zielvereinbarung aus.

7.4 Deutsche Gebärdensprache anerkannt

Im Vierten Bericht der Bundesregierung „Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation“ ist dargestellt worden, dass die Verwendung von Gebärdensprachen und von Gebärden als Ablesehilfe (lautsprachbegleitende Gebärden) für die Kommunikation hör- und sprachbehinderter Menschen sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der praxisbezogenen öffentlichen Diskussion auf nationaler und internationaler Ebene zunehmend akzeptiert und gefordert wird. Das Europäische Parlament hatte die Anerkennung der Gebärdensprache als vollwertige Sprache der Gruppe der gehörlosen Menschen gefordert. In den „Standardrichtlinien zur Verwirklichung von Chancengleichheit für behinderte Menschen“ vom Dezember 1993 hatten die Vereinten Nationen empfohlen, die Gebärdensprache in der Erziehung und Bildung gehörloser Kinder und ihrer Familien und Gemeinschaften einzusetzen.

Im BGG wird die Deutsche Gebärdensprache ausdrücklich als eigenständige Sprache anerkannt. Damit wird dem Anliegen des einstimmigen Beschlusses des Deutschen Bundestages vom 19. Mai 2000 Rechnung getragen: Es wird klargestellt, dass die von hör- und sprachbehinderten Menschen verwandte Deutsche Gebärdensprache als eine der deutschen Lautsprache ebenbürtige Form der Verständigung zu respektieren ist. Außerdem werden lautsprachbegleitende Gebärden als Kommunikationsform der deutschen Sprache anerkannt. Konkret wird das Recht, die Deutsche Gebärdensprache, lautsprachbegleitende Gebärden oder andere geeignete Kommunikationsformen zu verwenden, in den jeweils einschlägigen Gesetzen geregelt. Zu solchen Regelungen zählen u. a. die Bestimmungen des BGG für das Verwaltungsverfahren der Bundesbehörden und die hierzu erlassene Kommunikationshilfenverordnung, die Regelungen im Sozialgesetzbuch zum Verwaltungsverfahren (§ 19 SGB X), zu den Ausführungen von Sozialleistungen (§ 17 SGB I) sowie zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 57 SGB IX). Außerdem sind in diesem Zusammenhang Regelungen zum Gerichtsverfahren sowie landesrechtliche, z. B. in Landesgleichstellungsgesetzen für das Verwaltungsverfahren mit Landesbehörden getroffene Bestimmungen zu nennen.

7.5 Benachteiligungsverbot für Bundesbehörden umgesetzt

Das BGG setzt das Benachteiligungsverbot behinderter Menschen für Bundesbehörden um. Dies betrifft die Verpflichtung zur Barrierefreiheit, wie beispielsweise zum barrierefreien Bauen, soweit es sich um zivile Neubauten und große zivile Um- oder Erweiterungsbauten handelt. Dazu gehören auch die Verwendung von „leichter Spra-

che“, die barrierefreie Gestaltung des Verwaltungsverfahrens mit Bundesbehörden durch Ermöglichung einer Verständigung hör- und sprachbehinderter Menschen in deutscher Gebärdensprache oder mit anderen geeigneten Kommunikationshilfen, durch Übermittlung von Bescheiden und Vordrucken in für blinde und sehbehinderte Menschen wahrnehmbarer Form und die barrierefreie Gestaltung von Internetauftritten und -angeboten.

Das Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes wird für Behörden des Bundes und der Länder, soweit sie Bundesrecht ausführen, konkretisiert: Träger öffentlicher Gewalt dürfen behinderte und nichtbehinderte Menschen nicht ohne zwingenden Grund unterschiedlich behandeln und dadurch behinderte Menschen in der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigen. Bei der Planung von Maßnahmen haben Behörden des Bundes und Bundesrecht ausführende Behörden des Landes Ziele wie die Vermeidung von Benachteiligung und die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen zu beachten. Zur gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe gehört es, keine Sonderlösungen für behinderte Menschen zu schaffen.

7.6 Verwaltungsverfahren von Bundesbehörden barrierefrei gestalten

Das Verwaltungsverfahren der Bundesbehörden ist barrierefrei zu gestalten. Eine besondere Stellung wird der Kommunikation mit hör- oder sprachbehinderten Menschen und dem barrierefreien Zugang zu Dokumenten (Bescheide, öffentlich-rechtliche Verträge und Vordrucke) für blinde und sehbehinderte Menschen eingeräumt. Näher bestimmt werden die nach dem BGG bestehenden Ansprüche durch die „Verordnung zur Verwendung von Gebärdensprache und anderen Kommunikationshilfen im Verwaltungsverfahren nach dem BGG (Kommunikationshilfenverordnung – KHV)“ und durch die „Verordnung zur Zugänglichmachung von Dokumenten für blinde und sehbehinderte Menschen im Verwaltungsverfahren nach dem BGG (Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung – VBD)“. Beide Verordnungen sind am 24. Juli 2002 in Kraft getreten.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung setzt sich dafür ein, dass ein voraussetzungsloser Anspruch auf Information aus dem Verwaltungshandeln der Bundesbehörden auch behinderten Menschen möglich sein muss. Daher soll bei den Arbeiten an einem Informationsfreiheitsgesetz sichergestellt werden, dass Informationen barrierefrei zugänglich gemacht werden, wenn dies von behinderten Menschen gewünscht wird.

7.7 Kommunikationshilfen im Verwaltungsverfahren des Bundes

Nach der Kommunikationshilfenverordnung haben hör- oder sprachbehinderte Menschen das Recht, bei der Wahrnehmung eigener Rechte (beispielsweise dem Stellen von Anträgen oder Einlegen von Rechtsbehelfen) im Verwaltungsverfahren mit allen Bundesbehörden in deutscher Gebärdensprache oder mit lautsprachbegleitenden

Gebärden oder über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren. Der Anspruch richtet sich gegen alle Behörden der Bundesverwaltung, wie beispielsweise die Bundesministerien, die Bundesagentur für Arbeit, die BfA oder das Bundesverwaltungsamt. Ausschlaggebend für den Anspruch ist der notwendige Umfang. Dieser bestimmt sich insbesondere nach dem individuellen Bedarf der Berechtigten. Dabei haben die Berechtigten ein Wahlrecht hinsichtlich der zu benutzenden Kommunikationshilfen. Der Berechtigte kann auch einen Gebärdensprachdolmetscher oder eine andere Kommunikationshilfe selbst bereitstellen. Erhält die Behörde vorher Kenntnis über eine Hör- oder Sprachbehinderung, dann hat sie den Berechtigten auf das Recht auf barrierefreie Kommunikation und auf sein Wahlrecht hinzuweisen. Als Kommunikationshilfen können Gebärdensprachdolmetscher, Kommunikationshelfer, Kommunikationsmethoden sowie besondere Kommunikationsmittel infrage kommen. Das Bundesverwaltungsamt hat für die Bundesbehörden die Funktion einer zentralen Beratungs- und Unterstützungsstelle. Zu diesem Zweck wird hier eine Übersicht von Kommunikationshilfen erstellt und gepflegt. Ferner gibt das Bundesverwaltungsamt Hilfestellung bei Verträgen mit Dolmetschern und Dolmetscherinnen für die Deutsche Gebärdensprache oder für lautsprachbegleitende Gebärden in Verwaltungsverfahren. Im Internetangebot www.wisseniminter.net sind im Beitrag INFO 1738 vom März 2003 weiterführende Informationen für den „Einsatz von Gebärdensprachdolmetscherinnen und -dolmetschern“ zu finden. Anfragen z. B. nach Planungshilfen für den Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern und nach deren Honoraren werden sowohl telefonisch als auch elektronisch beantwortet.

Eine Umfrage des Bundesministeriums des Innern und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung bei den Behörden und Ministerien des Bundes im September 2004 ergab, dass sich die Zusammenarbeit zwischen den hör- und sprachbehinderten Menschen, den Behörden sowie den Gebärdensprachdolmetschern (Kommunikationshelfern) problemlos gestaltet hat. In der Mehrzahl der Fälle, in denen hör- oder sprachbehinderte Menschen von dem Recht auf Verwendung von Kommunikationshilfen Gebrauch gemacht haben, wurden ein Gebärdensprachdolmetscher oder eine andere Kommunikationshilfe selbst bereitgestellt. Besonders häufig wurde der Anspruch bei den Sozialversicherungsträgern (z. B. BfA, Bundesknappschaft) geltend gemacht.

7.8 Barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung

Nach der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung haben blinde und sehbehinderte Menschen als Beteiligte im Verwaltungsverfahren zur Wahrnehmung eigener Rechte einen Anspruch darauf, dass ihnen Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich gemacht werden. Dokumente im Sinne dieser Verordnung sind Bescheide, öffentlich-rechtliche Verträge und Vordrucke, einschließlich der Anlagen, auf die im Dokument Bezug genommen wird. Nicht dazu gehören Merkblätter oder Informationsbroschüren. Auch

dieser Anspruch richtet sich gegen alle Behörden der Bundesverwaltung. Die Dokumente können blinden und sehbehinderten Menschen schriftlich, akustisch oder elektronisch zugänglich gemacht werden. Schriftlich bedeutet z. B. als Brailledruck oder als Großdruck, wobei das Schriftbild, der Kontrast und die Papierqualität die individuelle Wahrnehmungsfähigkeit der Berechtigten berücksichtigen müssen. Akustisch können Dokumente durch Auflesen auf handelsübliche Tonträger, wie beispielsweise CDs oder Kassetten, zugänglich gemacht werden. Es können aber auch durch den Einsatz eines Text-zu-Sprache-Moduls vollsynthetisch erzeugte Sprachausgabetonträger verwendet werden. Ein elektronischer Zugang kann durch Versendung des Dokuments als E-Mail oder mittels Diskette oder CD-ROM verschafft werden. Dies setzt voraus, dass der blinde oder sehbehinderte Mensch über einen Computer mit Braillezeile oder Sprachausgabe sowie einen Internetzugang verfügt. Der Berechtigte hat hierbei ein Wahlrecht, in welcher Form das Dokument zugänglich gemacht wird.

Das Bundesverwaltungsamt hat einen Mustervertrag zur barrierefreien Datenaufbereitung in Punktschrift (Braille) zwischen öffentlichen Stellen und nicht öffentlichen Auftragnehmern entworfen und hält darüber hinaus auch eine Übersicht von Dienstleistern in diesem Bereich bereit. Der Beitrag INFO 1752 „Es geht auch in Blindenschrift“ vom April 2003 im Internetangebot www.wissen-im-inter.net gibt hierzu einen guten Überblick.

Ferner beantwortet das Bundesverwaltungsamt die verschiedensten Anfragen zur Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung, z. B. zur Erstellung von Audiomedien und von zugänglichen pdf-Dokumenten.

Nach der in Punkt 7.7 genannten Umfrage treten bei der Umsetzung dieser Verordnung keine Probleme auf. Besonders häufig wurden die Dokumente durch die Behörde oder das Ministerium selbst barrierefrei gestaltet.

7.9 Internetauftritt der Bundesverwaltung barrierefrei gestalten

Schließlich ist die Bundesverwaltung verpflichtet, ihren Internetauftritt barrierefrei zu gestalten. Einzelheiten werden durch die gleichfalls am 24. Juli 2002 in Kraft getretene „Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem BGG (Barrierefreie Informationstechnik-Verordnung – BITV)“ bestimmt. Unter den Geltungsbereich der Verordnung fallen Internetauftritte und -angebote und mittels Informationstechnik realisierte grafische Programmoberflächen (CD-ROMs oder DVDs), soweit sie öffentlich zugänglich sind.

Behinderten Menschen, denen ohne die Erfüllung zusätzlicher Bedingungen die Nutzung der Informationstechnik nur eingeschränkt möglich ist, soll der Zugang zu diesen Informationen ermöglicht werden. Dabei sind mögliche Barrieren unterschiedlichster Art zu beachten. Blinde Menschen können z. B. nur die Textinformationen einer Internetseite mithilfe eines Screenreaders oder einer Braille-Zeile erfassen. Informationen, die mithilfe von

Bildern oder multimedialen Dateien dargestellt werden, sind für sie nur verständlich, wenn diese mit alternativen Texten hinterlegt sind. Sehbehinderte Menschen haben oft Probleme mit der Schriftgröße und dem Kontrast. Behinderte Menschen mit eingeschränkter Motorik der Arme oder Hände haben Probleme bei der Handhabung von Tastaturen und „Mäusen“.

In der Anlage zur BITV sind die inhaltlichen Anforderungen festgelegt, wie Internetauftritte barrierefrei zu gestalten sind. Die Anforderungen beruhen grundsätzlich auf den international anerkannten Zugangsrichtlinien für Webinhalte 1.0 (im Original: Web Content Accessibility Guidelines 1.0) des World Wide Web Consortiums (W3C). Im Sinne eines „Universal Design“ sollen Sonderlösungen für behinderte Menschen vermieden werden. Die Erstellung einer Webseite, die für alle Benutzergruppen gleichermaßen uneingeschränkt nutzbar ist, hat Vorrang vor einer nicht gewollten „Nur-Text-Lösung“ als Alternative zum eigentlichen Angebot. Zur Umsetzung der Verordnung ist ein Zeitrahmen aufgestellt worden. Neue Angebote und solche, die in wesentlichen Bestandteilen oder größerem Umfang verändert oder angepasst werden, müssen sofort die Anforderungen der (in der Anlage zur Verordnung näher bestimmten) Priorität 1 erfüllen. Bestehende Angebote, die sich speziell an behinderte Menschen richten, mussten bis zum 31. Dezember 2003 die Anforderungen der Priorität 1 erfüllen. Alle übrigen Angebote müssen bis zum 31. Dezember 2005 barrierefrei sein.

Die barrierefreie Gestaltung von Internetangeboten ist allerdings aufgrund der ständig wechselnden Inhalte kein einmaliger Vorgang, sondern ein fortlaufender Prozess. Aus diesem Grunde hat die Bundesregierung verschiedene Maßnahmen zur Unterstützung des Prozesses eingeleitet. Beispielsweise hat das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein Modul „Barrierefreies E-Government“ für das E-Government-Handbuch erstellt. Im Rahmen seiner Beratungs- und Unterstützungsaufgabe bietet das Bundesverwaltungsamt Workshops und Erfahrungsaustausche zur Umsetzung der BITV an. Hier werden allgemeine Informationen wie auch solche zu Problemen der Gestaltung BITV-konformer Internetangebote von Experten (z. B. von den Projekten „Barrierefrei informieren und kommunizieren – BIK“ und „Aktionsbündnis für barrierefreie Informationstechnik – AbI“) gegeben.

Ferner hat das Bundesverwaltungsamt zwei Themenhefte herausgebracht. Das INFO-Heft 1721 beinhaltet allgemeine Erläuterungen und Informationen zu den drei BGG-Verordnungen. Das INFO-Heft 1782 bezieht sich auf die BITV und enthält neben grundlegenden Informationen die Checkliste zur Umsetzung der BITV-Anforderungen der Priorität 1.

Das Aktionsbündnis erarbeitet u. a. Empfehlungen für den Test und die Zertifizierung von Webangeboten auf der Grundlage der BITV. Ein dreistufiges Testverfahren und Empfehlungen für die ersten beiden Stufen wurden bereits beschlossen. Mit diesen Empfehlungen, die aus der Harmonisierung der Testverfahren und -erfahrungen der Partner entstanden sind, können von verschiedenen

Stellen Tests angeboten werden, deren Ergebnisse vergleichbar sind. Als nächster Schritt sollen Empfehlungen für eine Hauptprüfung (dritte Stufe) vorgelegt werden.

Die oben genannte Umfrage bei den Bundesbehörden ergab für die BITV, dass intensiv an der barrierefreien Gestaltung der Internetauftritte gearbeitet wird. Probleme bei der Umsetzung gab es z. B. bei Datenbankanwendungen und der Gestaltung von barrierefreien pdf-Dokumenten.

Nach einer Stichprobe durch das Projekt BIK im Oktober 2004 wurden 14 Internetangebote von Ministerien und Einrichtungen des Bundes geprüft. Drei Ministerien standen im Oktober vor der Veröffentlichung überarbeiteter Versionen, sie wurden nicht in die Prüfung einbezogen. Drei Internetangebote entsprechen bereits weitgehend den BITV-Anforderungen. Bei den meisten Angeboten sind Anstrengungen zur Sicherung der allgemeinen Zugänglichkeit erkennbar. Es gibt jedoch nach wie vor Hindernisse:

- Der Besucher eines Internetangebotes soll die Größe von Schriften nach seinen Bedürfnissen anpassen können. Die Internetseiten sollen auch auf kleineren Bildschirmen korrekt angezeigt werden.
- Für körperbehinderte Besucher ist es wichtig, dass die Seiten auch ohne „Maus“, also mit der Tastatur bedient werden können.
- Einige Webangebote bieten zusätzliche alternative Textversionen an. Solche Textversionen sind aus Sicht der BITV nicht akzeptabel, vielmehr sollen die Internetseiten für alle zugänglich sein.
- Auch an der Standardkonformität muss noch gearbeitet werden, Überschriften, Listen und Formulare sind vielfach nicht korrekt ausgezeichnet.

Einzelergebnisse der Stichprobe sind unter www.bik-online.info im Internet veröffentlicht.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Bundesbehörden den Prozess zur Erstellung barrierefreier Internetangebote aufgenommen haben und das Ziel, die Internetseiten nachhaltig barrierefrei zu gestalten, schrittweise umsetzen.

7.10 Verbandsklagerecht eingeführt

Mit dem BGG wurde ein Verbandsklagerecht eingeführt (§ 13 BGG). Danach können die nach dem BGG anerkannten Verbände, ohne in eigenen Rechten verletzt zu sein, Verstöße gegen im Einzelnen im BGG aufgeführte Rechte von Gerichten feststellen lassen, sofern sie in ihrem satzungsgemäßen Aufgabenbereich berührt sind. Hierunter fällt u. a. das allgemeine Benachteiligungsverbot für Bundes- und Landesbehörden oder die Verpflichtung des Bundes, seine Neubauten sowie große Um- und Erweiterungsbauten barrierefrei zu bauen. Außerdem gilt dies für die Verpflichtung der Bundesbehörden, für hör- oder sprachbehinderte Menschen die Übersetzung durch Gebärdensprachdolmetscher oder die Verständigung mit anderen geeigneten Kommunikationshilfen sicherzustellen,

sowie die weiteren Verpflichtungen, für blinde oder sehbehinderte Menschen Dokumente auch in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich und die Internetseiten für behinderte Menschen grundsätzlich uneingeschränkt nutzbar zu machen. Aus dem Verkehrsbereich kommen hier insbesondere einzelne Vorschriften des Personenbeförderungsgesetzes, der Straßenbahn-Bau- und Betriebsordnung oder der Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung in Betracht.

Dabei kommt es darauf an, ob ein behinderter Mensch selbst seine Rechte durch eine Klage verfolgen kann. In diesen Fällen ist eine Verbandsklage nur zulässig, wenn es sich um einen Fall von allgemeiner Bedeutung handelt. Hiervon kann ausgegangen werden, wenn eine Vielzahl gleich gelagerter Fälle vorliegt. Einzelfälle scheiden deshalb für eine Verbandsklage aus.

Über die Möglichkeit des Verbandsklagerechts nach dem BGG hinaus wird den Verbänden eine Vertretungsbefugnis gewährt, bei Verletzung bestimmter Rechte anstelle der behinderten Menschen und mit ihrem Einverständnis Rechtsschutz in verwaltungs- und sozialrechtlichen Verfahren zu beantragen. Auch in diesen Fällen müssen, wie bei der Verbandsklageregelung nach § 63 SGB IX, alle Verfahrensvoraussetzungen wie bei einem Rechtsschutzersuchen durch den behinderten Menschen selbst vorliegen.

Zurzeit der Abfassung des Berichts sind zwei Klagen von Verbänden behinderter Menschen gegen das Eisenbahn-Bundesamt wegen Genehmigungen des Neubaus eines Bahnsteigs und des Umbaus eines Bahnhofs bekannt.

7.11 Erleichterungen bei Bundestags- und Europawahlen

Das BGG sieht auch im Bundestags- und Europawahlrecht Änderungen zugunsten behinderter Menschen vor. Damit Menschen mit Behinderung ihr Wahlrecht ausüben können, sollen die Gemeindebehörden rechtzeitig über barrierefreie Wahllokale informieren und die Wahlräume so auswählen und einrichten, dass Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen die Teilnahme an der Wahl erleichtert wird. Zum anderen wird klargestellt, dass ein blinder oder sehbehinderter Wähler sich zur Kennzeichnung des Stimmzettels einer Stimmzettelschablone bedienen kann, die die Blindenvereine vor einer Wahl anbieten. Die Neuregelungen sollen es möglichst vielen Betroffenen ermöglichen, in einem barrierefreien Wahlraum zu wählen. Daher sind bevorzugt barrierefreie Wahlräume auszusuchen, deren Einrichtung ebenfalls barrierefrei sein sollte. Wahlräume in öffentlichen Gebäuden erfüllen diese Vorgabe im Allgemeinen aufgrund der einzuhaltenen Bauvorschriften. Aber nicht überall stehen öffentliche Gebäude als Wahlräume zur Verfügung. Wegen der Vorgabe, Menschen mit Mobilitätsbeeinträchtigungen die Teilnahme an der Wahl zu erleichtern, müssen die Gemeindebehörden auch sicherstellen, dass der Weg des Wählers zum Wahllokal nicht unzumutbar lang ist.

Da die Gemeindebehörden frühzeitig darüber zu informieren haben, welche Wahlräume barrierefrei sind,

können die Betroffenen – soweit „ihr“ Wahlraum nicht barrierefrei sein sollte – ein barrierefreies Wahllokal in ihrem Wahlbezirk aussuchen und dort mit Wahlschein an der Urnenwahl teilnehmen. Die Information über barrierefreie Wahlräume geschieht in unterschiedlicher Form: mit der Wahlbenachrichtigung, durch die Wahlbekanntmachung, über das Internet und individuell.

Mithilfe der Stimmzettelschablonen, die seit der Neuregelung nun für jede Bundestags- und Europawahl von den Blindenvereinen auf Kosten des Bundes angeboten werden, können blinde und sehbehinderte Menschen ohne fremde Unterstützung ihr aktives Wahlrecht ausüben. Damit wird das wichtigste Mitwirkungsrecht des Staatsbürgers in der Demokratie, an der politischen Willensbildung des Volkes unbeeinflusst und geheim teilnehmen zu können, untermauert. Die Neuregelungen zum Wahlrecht sind seit 1. Januar 2003 in Kraft. Obwohl sie für die Bundestagswahl im Herbst 2002 noch nicht galten, ermöglichte das zuständige Bundesministerium des Innern zusammen mit dem Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverband (DBSV) und seinen Landesverbänden, dass bereits bei der Bundestagswahl 2002 bundesweit Stimmzettelschablonen zur Verfügung standen. Richtungweisend hierbei waren die Erfahrungen bei vorangegangenen Wahlen zum Abgeordnetenhaus in Berlin.

Das zugrunde liegende Konzept der Selbsthilfe hat sich nach Einschätzung der Beteiligten sowohl bei der Bundestagswahl 2002 als auch bei der Europawahl 2004 bewährt. Herstellung und Verteilung der Stimmzettelschablonen (einschließlich Hörkassetten und schriftlichem Informationsmaterial in Brailleschrift oder Schwarzdruck mit den amtlichen Stimmzettelangaben) übernehmen die Blindenvereine, die ihre Bereitschaft dazu erklärt haben. Die hierfür erforderlichen Stimmzettelmuster erhalten sie im Rahmen der Wahlvorbereitungen so früh wie möglich von den Wahlleitern. Die notwendigen Ausgaben werden vom Bund erstattet. An weiteren Verbesserungen arbeiten die Beteiligten gemeinsam. So haben das Bundesministerium des Innern, der Bundes- sowie die Landeswahlleiter bei der Europawahl 2004 eine weitgehende Vereinheitlichung der Stimmzettelformate vereinbart. Dies vereinfacht die Herstellung der Schablonen und ermöglicht es den Blindenvereinen, Universalstimmzettelschablonen anbieten zu können. Auch das eigenständige Einlegen der Stimmzettel in die Schablone, das den Betroffenen nach Erkenntnissen der Länder teilweise Probleme bereitet hat, konnte durch ein eingestanztes Loch im Stimmzettel erleichtert werden.

Nach Auskunft des Deutschen Blinden- und Sehbehindertenverbandes sind die Wahlschablonen flächendeckend mit Erfolg eingesetzt worden. Nach Auskunft einzelner Länder haben bei der Urnenwahl nur wenige Wähler Schablonen verwendet. Ganz überwiegend hätten sich die betroffenen Wähler – wie bisher – einer von ihnen bestimmten Hilfsperson ihres Vertrauens für die Kennzeichnung des Stimmzettels bedient. In aller Regel hätten blinde oder sehbehinderte Wähler von der Briefwahl Gebrauch gemacht, sodass nicht eingeschätzt werden konnte, ob die Schablonen benutzt wurden.

Nach Darstellung der Länder können bei Landtags- und Kommunalwahlen sowie Volksentscheiden grundsätzlich auch Stimmzettelschablonen verwendet werden. Probleme sehen die Länder aber bei großen Stimmzettelformaten, insbesondere wenn bei Kommunalwahlen das Kumulieren und Panaschieren zulässig ist, und bei Volksentscheiden, wenn auf den Stimmzetteln Gesetzestexte abgedruckt sind.

Nach Mitteilung der Lebenshilfe gibt es seit den Bundestagswahlen im Jahr 2002 durch die Initiative des Behindertenbeauftragten des Landes Niedersachsen Wahlhilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. In Kooperation mit Behindertenverbänden erscheinen zu den Landtags-, Bundestags- und Europawahlen leicht verständliche Wahlhilfen, die in Zusammenarbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung entstanden sind. Finanziell unterstützt wird die Herausgabe der Wahlhilfen durch die Aktion Mensch.

7.12 Gaststätten barrierefrei gestalten

Durch die Verpflichtung der Betreiber, ihre Gasträume künftig barrierefrei zu gestalten, wird eine selbstverständliche Teilnahme am öffentlichen Leben für behinderte Menschen deutlich erleichtert. Außerdem eröffnet sich für die Betreiber der Gaststätten die Chance, neue Kunden zu gewinnen. Denn nicht nur für behinderte Menschen, sondern z. B. auch für Eltern mit Kinderwagen und ältere Menschen werden Gaststätten durch eine barrierefreie Ausgestaltung kundenfreundlicher und attraktiver. Die Verpflichtung gilt für Gaststätten in neu errichteten Gebäuden und für Gaststätten, die wesentlich umgebaut oder erweitert werden. Zur baulich barrierefreien Ausgestaltung der Räume einer Gaststätte gehören z. B. zugängliche Eingänge für Rollstuhl fahrende Menschen, Aufzüge oder Rampen sowie barrierefreie Toiletten. In Rechtsverordnungen auf Landesebene soll die Barrierefreiheit konkret ausgestaltet und durch eine allgemeine Zumutbarkeitsklausel eine unangemessene Belastung der Gastronomie vermieden werden.

Bislang haben die Länder von der Verordnungsermächtigung des § 4 Abs. 3 Gaststättengesetz zur Konkretisierung der Anforderungen an die Barrierefreiheit noch keinen Gebrauch gemacht. In Bayern gibt es derzeit allerdings Überlegungen, zur näheren Ausgestaltung der bundesrechtlichen Vorgaben entsprechende Regelungen auf der Grundlage der Verordnungsermächtigung zu erlassen.

7.13 Gleichstellungsgesetze auch in den Ländern

Für die Gleichstellung behinderter Menschen sind auch die Vorschriften des Landesrechts z. B. für das Verwaltungsverfahren der Landes- und Kommunalbehörden, das Bauordnungsrecht, das Schul- bzw. das Hochschulrecht und auch für den Öffentlichen Personennahverkehr von großer Bedeutung. In einer Reihe von Ländern traten Gleichstellungsgesetze in Kraft. Hierzu gehören Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen,

Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein. Nach Inkrafttreten des BGG haben sich die Länder eng an den Inhalten des Bundesgesetzes orientiert.

Dies betrifft insbesondere

- Begrifflichkeiten (Behinderung, Barrierefreiheit),
- für Behörden (des Landes und der Gemeinden) geltende Regelungen zur Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern, zum Verbot mittelbarer und unmittelbarer Benachteiligung,
- die Verpflichtung der Behörden zur Barrierefreiheit ihrer Verwaltung, insbesondere
 - Gebäude,
 - Gebärdensprache und andere Kommunikationshilfen,
 - Bescheide, öffentlich-rechtliche Verträge und Vordrucke in für blinde und sehbehinderte Menschen wahrnehmbarer Form,
 - barrierefreies Internet,
- Einführung eines Verbandsklagerechts,
- Regelungen zu Behindertenbeauftragten,
- Regelungen zum Wahlrecht (Stimmzettelschablonen für blinde und sehbehinderte Menschen).

Eine Signalwirkung ist vom BGG auch dahin gehend ausgegangen, in dem der Bund eine Selbstverpflichtung zum barrierefreien Bauen übernommen hat. Nach dem Vorbild des BGG finden sich auch in Landesgleichstellungsgesetzen entsprechende Verpflichtungen für Bauten der Länder, der Gemeinden und sonstigen Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts.

Vor Inkrafttreten des BGG hatten bereits Berlin und Sachsen-Anhalt Gleichstellungsgesetze erlassen. Bei diesen Gesetzen werden andere (Behinderungsbegriff) oder keine Definitionen (Barrierefreiheit) verwandt. Nach Auffassung der Bundesregierung besteht hier Angleichungsbedarf. Die Verpflichtungen der Behörden entsprechen teilweise denen des BGG. Niedersachsen, Hessen, Baden-Württemberg, Hamburg, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern haben noch kein Landesgleichstellungsgesetz.

7.14 Teilhabe an gerichtlichen Verfahren fortentwickelt

Mit dem Gesetz zur Änderung des Rechts der Vertretung durch Rechtsanwälte vor den Oberlandesgerichten (OLG-Vertretungsänderungsgesetz vom 23. Juli 2002 wurde die Teilhabe von Menschen mit sensorischen Behinderungen an gerichtlichen Verfahren fortentwickelt.

Danach haben hör- und sprachbehinderte Menschen im gerichtlichen Verfahren ein Wahlrecht zwischen schriftlicher und mündlicher Verständigung oder der Hinzuziehung eines Sprachmittlers. Die Verständigung kann dabei auch durch den Einsatz einer Vertrauensperson des behin-

derten Menschen erfolgen. Das Gericht hat hierbei die erforderlichen technischen Hilfsmittel für eine Verständigung zur Verfügung zu stellen sowie den behinderten Beteiligten über sein Wahlrecht bei den Verständigungsmitteln aufzuklären. Der Vorrang der direkten Verständigung mit den Verfahrensbeteiligten, der sich u. a. aus den verfassungs- und europarechtlichen Geboten des fairen und rechtsstaatlichen Verfahrens ergibt, ist nunmehr ausdrücklich und unmissverständlich geregelt.

In einem weiteren Schritt zur Verbesserung der Teilhabe behinderter Menschen an gerichtlichen Verfahren verpflichtet der neu in das Gerichtsverfassungsgesetz eingefügte § 191a Abs. 1 die Gerichte, blinden und sehbehinderten Menschen auf Antrag Schriftstücke in einer für sie wahrnehmbaren Form zugänglich zu machen, soweit diese Schriftstücke nach Maßgabe der einschlägigen Prozessordnungen zu ihrer Kenntnisnahme bestimmt sind und die zusätzliche Übermittlung zur Wahrnehmung ihrer Rechte im Verfahren erforderlich ist. Näheres soll durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums der Justiz bestimmt werden, die sich in Vorbereitung befindet.

Die genannten Neuregelungen haben die Einbeziehung von Menschen mit sensorischen Behinderungen in gerichtliche Verfahren umfassend modernisiert und der verfassungs- und europarechtlichen Rechtslage in wesentlichen Punkten angepasst. Das geltende Recht gewährt sprach- und hörbehinderten Menschen damit für ihren Umgang mit der Justiz Teilhaberechte und -möglichkeiten, die auf ihre Ansprüche und Bedürfnisse zugeschnitten sind.

Neu ist auch, dass von volljährigen geschäftsunfähigen Menschen abgeschlossene Geschäfte des täglichen Lebens, die mit geringwertigen Mitteln bewirkt werden, als wirksam gelten, sobald Leistung und Gegenleistung bewirkt sind. Die Bestimmung trägt der Tatsache Rechnung, dass alltägliche Geschäfte, wie Einkäufe für den täglichen Bedarf, bei denen es zu einem sofortigen Austausch von Leistung und Bezahlung kommt, auch von Geschäftsunfähigen in aller Regel reibungslos abgewickelt werden.

8. Bauen und Wohnen für behinderte Menschen

8.1 Barrierefreies Bauen fördert Mobilität

Barrierefreies Bauen bringt nicht nur behinderten, sondern auch nichtbehinderten Menschen Vorteile. Eine Rampe im Zugang eines Bahnhofs ist nicht nur für einen Rollstuhlfahrer von elementarer Bedeutung. Vielmehr wird die Rampe auch von Personen mit Kinderwagen oder Kofferrolli genutzt. Orientierungshilfen, die in Größe, Kontrast und Anordnung spezifischen Anforderungen von Menschen mit Sehbehinderungen genügen, sind Erleichterungen für alle Menschen.

Barrierefrei gestaltete Wohnungen tragen zur Selbstständigkeit 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.

Werden bei der Gestaltung von Wohn- und Lebensbedingungen spezielle Bedürfnisse behinderter Menschen vom ersten gedanklichen Ansatz an berücksichtigt, entsteht in der Regel kein oder nur ein geringer Mehraufwand, während spätere Nachbesserungen meist erheblich mehr kosten.

8.2 Signalwirkung Gleichstellungsgesetz

Eine Signalwirkung ist vom BGG ausgegangen, in dem der Bund eine Selbstverpflichtung zum barrierefreien Bauen übernommen hat. Nach dem Vorbild des BGG finden sich auch in Landesgleichstellungsgesetzen entsprechende Verpflichtungen für Bauten der Länder, der Gemeinden und sonstigen Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts.

Neben den Selbstverpflichtungen von Bund und Ländern werden in den Bauordnungen der Länder Anforderungen hinsichtlich der Barrierefreiheit von Bauwerken festgelegt. Die von der Bauministerkonferenz am 8. November 2002 beschlossene Neufassung der Musterbauordnung, die einheitlichen Standards dienen soll, enthält Regelungen zur barrierefreien Zugänglichkeit von Wohnungen sowie öffentlich zugänglichen baulichen Anlagen. Hiernach müssen in Gebäuden mit mehr als zwei Wohnungen die Wohnungen eines Geschosses barrierefrei erreichbar sein. Die Räume in diesen Wohnungen müssen mit dem Rollstuhl zugänglich sein. Öffentlich zugängliche Bauten müssen in den Teilen, die dem allgemeinen Besucherverkehr dienen, barrierefrei erreichbar und ohne fremde Hilfe zweckentsprechend nutzbar sein. Öffentlich zugängliche Bauten sind insbesondere Einrichtungen der Kultur und des Bildungswesens, Sport- und Freizeitstätten, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Büro-, Verwaltungs- und Gerichtsgebäude, Verkaufs- und Gaststätten sowie Stellplätze, Garagen und Toilettenanlagen.

Die Länder haben auch alle entsprechenden Vorschriften zur barrierefreien Zugänglichkeit öffentlicher Bauten in ihre Bauordnungen aufgenommen. Im Hinblick auf den barrierefreien Zugang von Wohnungen hat die überwiegende Mehrheit der Länder entsprechende Regelungen beschlossen.

8.3 DIN-Normen Grundlagen für Planung von Barrierefreiheit

Detailliertere Maßgaben zur Barrierefreiheit finden sich in einigen Fällen unmittelbar in den Bauordnungen. Alternativ werden die entsprechenden DIN-Normen zum barrierefreien Bauen bzw. zu barrierefreien Wohnungen (DIN 18024-1/2, 18025-1/2) teilweise oder in vollem Umfang bauaufsichtlich eingeführt bzw. als verbindliche Technische Baubestimmung aufgenommen.

Die DIN 18025, „Barrierefreie Wohnungen“, Teil 1 mit Planungsgrundlagen für Wohnungen für Rollstuhlbenutzer, gilt für die Planung, Ausführung und Einrichtung von rollstuhlgerechten neuen Wohnungen sowie für deren Modernisierung. Die DIN 18025, „Barrierefreie Wohnungen“, Teil 2, hat eine umfassendere Zielsetzung. Sie spricht blinde und andere sehbehinderte, gehörlose und

andere hörgeschädigte, gehbehinderte und Menschen mit sonstigen Behinderungen sowie ältere Menschen, Kinder, klein- und großwüchsige Menschen, also alle Menschen in jeder Lebensphase an.

Zwei weitere DIN-Normen befassen sich mit dem barrierefreien Bauen. Die DIN 18024, Teil 1, „Barrierefreies Bauen“, gilt als Planungsgrundlage für Straßen, Plätze, Wege, öffentliche Verkehrs- und Grünanlagen sowie Spielplätze. Die DIN 18024, Teil 2, „Barrierefreies Bauen“, legt die Planungsgrundlagen für bauliche Maßnahmen für alle Menschen bei öffentlich zugänglichen Gebäuden fest.

Die vier genannten DIN-Normen sollen in einer neuen DIN 18030 zusammengefasst werden. Ein Entwurf wird derzeit erarbeitet.

Nach dem Bericht der Bundesarchitektenkammer sind die DIN-Normen 18024 und 18025 Grundlage für Planung von Barrierefreiheit und werden von Architekten bei der Planung als Regelwerk genutzt, soweit Barrierefreiheit vom Bauherrn oder durch gesetzliche Regelungen gefordert wird. Volle Wirksamkeit würden DIN-Normen erreichen, wenn sie auf Landesebene bauaufsichtlich eingeführt oder in die Liste der Technischen Baubestimmungen aufgenommen seien. In den meisten Ländern sei dies der Fall, jedoch sei eine Verbindlichkeit nur dort gegeben, wo es sich um öffentlich genutzte Bereiche handeln würde oder die Vorhaben aufgrund der Aufgabenstellung explizit als barrierefreie Vorhaben zu planen seien. Beim Planen im Bestand gebe es häufig Schwierigkeiten in der Umsetzung.

Die Sozialleistungsträger sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen ausgeführt werden.

Hierzu hat beispielsweise die BfA einen Maßnahmenkatalog zur Herstellung von Barrierefreiheit für ihre bestehenden Verwaltungsgebäude erstellt, der schrittweise umgesetzt wird. Die Maßnahmen orientieren sich an den Vorgaben der DIN 18024 und der Arbeitsstättenverordnung.

Der Deutsche Schwerhörigenbund weist darauf hin, dass ein barrierefreier Zugang zu einem Leistungsträger oder einer Beratungsstelle allein nicht ausreicht. Der behinderte Mensch sollte diesen Bereich in der allgemein üblichen Weise nutzen können. Zur Barrierefreiheit gehöre auch barrierefreie Informationsvermittlung und Kommunikation.

8.4 Geringfügige bauliche Veränderungen zeigen oftmals große Wirkungen

Oft kann durch geringfügige bauliche Veränderungen wie durch Anbringen von Haltegriffen, Anschluss an ein Notrufsystem, Einbau einer Lichtklingelanlage für gehörlose Menschen oder Installation eines Heimdialysegerätes behinderten Menschen ein Verbleiben in ihrer Wohnung ermöglicht werden, sodass gewachsene soziale Kontakte nicht verloren gehen. Vor allem für Menschen, bei denen

eine Behinderung erst in späteren Lebensjahren eintritt, 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 Frauen, Senioren, Familie und Jugend als Modelleinrichtungen gefördert wurden und inzwischen bundesweit eingerichtet sind, helfen insbesondere auch in ihrer Wohnung alt gewordenen Menschen, durch oft nur geringfügige Veränderungen im gewohnten Umfeld zu verbleiben und Hilfebedürftigkeit in erträglichen Grenzen zu halten.

Zu den im Einzelfall gegebenen Möglichkeiten gehören – neben wohnungsbezogenen Hilfen zur Sicherung der beruflichen Eingliederung – auch Zuschüsse nach SGB XI zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes Pflegebedürftiger. Danach können die Pflegekassen Zuschüsse bis zu 2 557 Euro je Maßnahme leisten, beispielsweise 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 selbstständige Lebensführung erlauben.

8.5 Förderung von Umbauten durch die Rehabilitationsträger

Mit dem Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen ist mit Wirkung ab Mai 2004 der Förderumfang von Wohnungshilfen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verändert worden. Nunmehr ist es im Rahmen dieser Leistungen möglich, Umbaumaßnahmen innerhalb der Wohnung zu fördern, die in der Regel zur persönlichen Lebensführung und zur Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse dienen, etwa den Umbau von Sanitärbereich und Küche. Sie werden von den Trägern der Sozialhilfe erbracht, soweit weder die Unfallversicherung noch die Kriegspferfürsorge zuständig sind, und sollen behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder sichern oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege machen. Im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können Umbaumaßnahmen innerhalb der Wohnung dagegen nur selten gefördert worden, da in der Regel die nach dem Leistungsrecht erforderliche berufsbezogene Notwendigkeit nicht gegeben ist.

8.6 Bundesbauten barrierefrei

Mit dem BGG hat sich der Bund selbst zum barrierefreien Bauen im Bereich der Bundesbauten verpflichtet. Zivile Neubauten sowie große zivile Um- oder Erweiterungsbauten des Bundes (ab 1 Mio. Euro) einschließlich der bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stif-

tungen des öffentlichen Rechts sollen entsprechend den anerkannten Regeln der Technik barrierefrei gestaltet werden. Die Selbstverpflichtung des Bundes bezieht sich nicht auf militärische Einrichtungen. Zivile Einrichtungen der Bundeswehr, wie z. B. Kreiswehrrersatzämter und Wehrbereichsverwaltungen sind dagegen barrierefrei zu bauen.

Von den allgemein anerkannten Regeln der Technik kann abgewichen werden, wenn die Anforderungen an die Barrierefreiheit mit einer anderen Lösung in gleichem Maße erfüllt werden können. So können Bundesbehörden bei ihren Bauten innovative Ideen und Weiterentwicklungen technischer Lösungen, die noch nicht allgemein anerkannt sind, sowie unkonventionelle Alternativen unter Wahrung der Anforderungen an die Barrierefreiheit einsetzen. Die gewonnenen Erfahrungen können dazu dienen, die allgemein anerkannten Regeln der Technik weiterzuentwickeln.

Zu berücksichtigen bleibt, dass landesrechtliche Bestimmungen (wie z. B. zum Denkmalschutz) den allgemein anerkannten Regeln der Technik vorgehen und damit unter Umständen die Durchsetzung von Anforderungen an die Barrierefreiheit beeinträchtigen können.

Im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen geförderten Forschungsprojekts zu den Auswirkungen des BGG auf die Bereiche Bau und Verkehr konnte festgestellt werden, dass die Anforderungen an die Barrierefreiheit bei neuen baulichen Maßnahmen überwiegend erfüllt werden. Auch im Bestand sind die Belange behinderter Menschen zumindest teilweise erfüllt.

In der Praxis kann es nach Erfahrungen der Bauverwaltung zu Konflikten zwischen den Anforderungen an die Barrierefreiheit und anderen Belangen, wie beispielsweise solchen des Denkmalschutzes, der gesetzlich geforderten Wirtschaftlichkeit, aber auch der künstlerischen Gestaltung und seltener der Sicherheit kommen. In der Regel kann in solchen Fällen eine Kompromisslösung gefunden werden.

Zur Unterstützung der Bauverwaltung im praktischen Arbeits- und Planungsalltag arbeitet das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung derzeit an der Erstellung eines Leitfadens „Barrierefreies Bauen“. Dieser Leitfaden soll auch in der Öffentlichkeit (beispielsweise den Behindertenbeauftragten der Städte und Gemeinden) als Mediationshilfe dienen können.

8.7 Städtebaurecht berücksichtigt Belange behinderter Menschen

Die Belange behinderter Menschen werden im Bereich des Städtebaurechts berücksichtigt. Die Gemeinden haben bei der Bauleitplanung die Belange behinderter Menschen zu berücksichtigen. Die Gemeinden sind ermächtigt, in Bebauungsplänen Flächen für Personen mit besonderem Wohnbedarf auszuweisen. Im Rahmen der Bürgerbeteiligung im Bauleitplanverfahren können die Interessen behinderter Menschen in die konkrete kommunale Planung eingebracht werden. Darüber hinaus können

die Gemeinden das Anliegen des barrierefreien Bauens im Rahmen von städtebaulichen Verträgen aufgreifen, indem Vereinbarungen über bodenrechtliche Sachverhalte mit anderen in die Zuständigkeit der Gemeinde fallenden Regelungen, etwa zur kommunalen Daseinsvorsorge, verbunden werden. Schließlich kann die Gewährleistung oder zumindest die Erleichterung einer ungehinderten Erreichbarkeit des öffentlichen Raums zu den Zielen einer städtebaulichen Erneuerung oder Entwicklung im Rahmen eines förmlich festgelegten Sanierungsgebietes oder Entwicklungsbereiches zählen. Die Einsatzmodalitäten für die Bundesfinanzhilfen zur Städtebauförderung ermöglichen die Umsetzung solcher Ziele und damit auch ihre staatliche Förderung. Über den Umfang der Förderung im Einzelnen entscheidet das für die Städtebauförderung zuständige Ministerium des jeweiligen Landes.

8.8 Barrierefreies Bauen und soziale Wohnraumförderung

In der sozialen Wohnraumförderung werden Eigentumsmaßnahmen und Mietwohnungen für die Bevölkerungsgruppen gefördert, die sich aus verschiedenen Gründen nicht aus eigener Kraft am Markt mit angemessenem Wohnraum versorgen können. Hierunter fällt auch ein besonderer, durch Behinderungen bedingter Bedarf.

Das Fördersystem ist durch das neue Wohnraumförderungsgesetz zum 1. Januar 2002 grundlegend reformiert worden. Die soziale Wohnraumförderung zielt nicht mehr auf die Versorgung breiter Bevölkerungsschichten mit Wohnraum, sondern auf die Haushalte, die trotz insgesamt verbesserter Wohnraumversorgung Unterstützung brauchen.

Beim Einsatz der Mittel für die soziale Wohnraumförderung wird den Bedürfnissen behinderter Menschen in verschiedener Weise Rechnung getragen. Die Anforderungen des barrierefreien Bauens sind stets als allgemeiner Förderungsgrundsatz zu berücksichtigen. Die Förderung selbst genutzten Wohneigentums erfolgt bevorzugt für Haushalte, bei denen wegen einer Behinderung eines Haushaltsangehörigen ein besonderer baulicher Bedarf besteht. Bei der Bestimmung der angemessenen Wohnungsgröße ist ein Mehrbedarf durch Behinderungen zu berücksichtigen. Für notwendigen Mehraufwand bei besonderen baulichen Maßnahmen, mit denen Belange behinderter oder älterer Menschen Rechnung getragen wird, kann eine zusätzliche Förderung gewährt werden. Schließlich werden behinderten Menschen erweiterte Einkommensgrenzen eingeräumt. So wird bei der Ermittlung des Gesamteinkommens für schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von 100 ein Freibetrag von 4 500 Euro angesetzt. Gleiches gilt für schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 80, die pflegebedürftig sind. Pflegebedürftige schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von unter 80 erhalten einen Freibetrag von 2 100 Euro.

Die Durchführung der Fördermaßnahmen nach dem Wohnraumförderungsgesetz, für die der Bund Finanz-

hilfen zur Verfügung stellt, und die Bemessung der Förderleistungen ist Sache der Länder. Die Förderungsprogramme der Länder sind unterschiedlich ausgestaltet.

Nordrhein-Westfalen hat beispielsweise in den Jahren 1999 bis 2004 Wohnungsbauprogramme in einer Größenordnung von rund 5,7 Mrd. Euro aufgelegt. Damit werden zinsgünstige Darlehen für die Förderung von Mietwohnungen, Wohnheimen und Eigenheimen – überwiegend finanziert aus dem Landeswohnungsbauvermögen – bereitgestellt. Dabei setzt Nordrhein-Westfalen in der sozialen Wohnraumförderung auf hohe Qualität der Wohnungen und des Standorts der geförderten Immobilie. Barrierefreiheit und Anschluss an den öffentlichen Personennahverkehr sind bereits seit 1998 unabdingbare Voraussetzungen für die Förderung von Sozialwohnungen. Mit der Broschüre „Barrierefreies Wohnen“ hat das Land eine wertvolle Planungshilfe für die Umsetzung von Wohnprojekten entwickelt und große Akzeptanz bei Investoren geschaffen. Für behinderte Menschen ist neben den baulichen Gegebenheiten die Unterstützung innerhalb der Wohnung besonders wichtig. Deshalb muss ein ausreichendes Angebot an guten, bezahlbaren Dienstleistungen organisiert werden.

Mit dem Qualitätssiegel „Betreutes Wohnen“ und den Vorgaben in den Wohnraumförderbestimmungen für ein niederschwelliges Betreuungsangebot ist in Nordrhein-Westfalen ein Stück Transparenz und Verbraucherschutz gelungen. Die soziale Wohnraumförderung begleitet aktiv den sozialpolitischen Ansatz „ambulant vor stationär“ und unterstützt die Selbsthilfepotenziale von behinderten Menschen, die möglichst selbstbestimmt in Gemeinschaft leben möchten.

Seit 2004 fördert Nordrhein-Westfalen neben „normalen“ Mietwohnungen auch große Gruppenwohnungen, in denen bis zu acht behinderte Menschen gemeinschaftlich zur Miete leben können. Weil es aber besonders mehrfach schwerstbehinderten Menschen oft nicht möglich ist, mit ambulanten Hilfen auszukommen, fördert Nordrhein-Westfalen aus Mitteln der sozialen Wohnraumförderung auch weiter stationäre Wohnheime für Menschen mit Behinderung. Das Land setzt hier mit Unterstützung der Fachverbände im Bereich der behinderten Menschen auf die Förderung kleiner, qualitativvoller Wohnheime.

Mecklenburg-Vorpommern berichtet, dass eine Wohnraumförderung ausschließlich im Wohnraumbestand erfolgt. Für Maßnahmen zur Anpassung des Wohnraums für behinderte oder ältere Menschen könne ein zusätzliches Darlehen gewährt werden. Bei baulichen Maßnahmen zur Barrierefreiheit sind die DIN-Normen zu beachten.

Hessen unterstützt im Rahmen der Förderung des Mietwohnungsbaus ausdrücklich barrierefreies Bauen. So sind Erdgeschosswohnungen, die sich von ihrer Lage dafür eignen, als barrierefreie Wohnungen nach DIN 18025 Teil 2 zu planen. Das Gleiche gilt für alle Wohnungen, wenn das Gebäude mit einem Aufzug ausgestattet wird.

8.9 Wohngeld und Freibetrag für schwerbehinderte Menschen

Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz wird zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens als Miet- oder Lastenzuschuss zu Aufwendungen für den Wohnraum geleistet. Der Anspruch auf Wohngeld und dessen Höhe sind neben der Haushaltsgröße und der berücksichtigungsfähigen Miete bzw. Belastung (Höchstbeträge) vom Gesamteinkommen des Familienhaushalts abhängig.

Bei der Ermittlung des Einkommens wird zugunsten haushaltsangehöriger schwerbehinderter Menschen mit einem Grad der Behinderung von 100 oder aber wenigstens von 80 bei gleichzeitiger häuslicher Pflegebedürftigkeit ein Freibetrag von 1 500 Euro eingeräumt. Ein Freibetrag von 1 200 Euro wird für nicht pflegebedürftige schwerbehinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von unter 80 gewährt, wenn gleichzeitig häusliche Pflegebedürftigkeit besteht.

8.10 Bauliche Veränderungen durch Mieter und Eigentümer

Im Jahr 2000 entschied das Bundesverfassungsgericht, dass die Zivilgerichte bei ihrer Entscheidung, ob der Hauseigentümer den Einbau eines Treppenliftes durch den Mieter für seine behinderte Lebensgefährtin dulden müsse, das Benachteiligungsverbot behinderter Menschen im Grundgesetz stärker beachten müssten. Mit der am 1. September 2001 in Kraft getretenen Mietrechtsreform hat der Gesetzgeber die bestehende Rechtslage aus Gründen der Rechtsklarheit und Rechtssicherheit kodifiziert. Hierdurch sollte die Verhandlungsposition behinderter Menschen gegenüber dem Vermieter gestärkt werden. Nach der gesetzlichen Regelung kann der Mieter vom Vermieter die Zustimmung zu baulichen Veränderungen oder sonstigen Einrichtungen verlangen, die für die behindertengerechte Nutzung der Mietsache oder den Zugang zu ihr erforderlich sind, wenn er ein berechtigtes Interesse daran hat. Der Vermieter kann seine Zustimmung nur verweigern, wenn sein Interesse an der unveränderten Erhaltung der Mietsache oder des Gebäudes das Interesse des Mieters überwiegt. Dabei sind auch die berechtigten Interessen anderer Mieter in dem Gebäude zu berücksichtigen.

Im Wohnungseigentumsrecht haben behinderte Wohnungseigentümer aufgrund ihres (Mit-)Eigentums einen Anspruch auf Zustimmung der anderen Miteigentümer zu Baumaßnahmen für einen barrierefreien Zugang zu ihrer Wohnung.

8.11 Förderung von Modelleinrichtungen

Im Rahmen seiner gesellschaftspolitischen Maßnahmen für die ältere Generation fördert das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend auch den Bau von Modelleinrichtungen für Menschen mit Behinderung. Ziel der Förderungen ist es, durch Aufzeigen neuer Wege die Lebenssituation älterer und behinderter Menschen nachhaltig zu verbessern. Die Projekte sind in Architektur und Nutzungskonzeption überregional beispielgebend und auf andere Initiativen und Träger übertragbar.

Die geförderten Einrichtungen und Heime dienen insbesondere dem Erhalt einer selbstständigen Lebensführung. Pflegebedürftigkeit oder Behinderung sollen generell vermieden werden. Dort, wo sie eingetreten sind, gilt es, die Kompetenzen der Betroffenen so weit wiederherzustellen, dass ihnen ein würdevolles und eigenverantwortliches Leben möglich ist. Wesentliche Bedeutung kommt generationsübergreifenden Aktivitäten zu.

Die Modelleinrichtungen kombinieren unter Berücksichtigung aktueller gerontologischer und behindertenwissenschaftlicher Erkenntnisse möglichst viel Individualität, Wohnlichkeit und Intimität mit hohen Betreuungs-, Hilfe- und Pflegestandards. In baulicher Hinsicht wird dies vor allem erreicht durch

- eine ausdrückliche Berücksichtigung der maßgeblichen DIN-Vorschriften zur Barrierefreiheit (insbesondere DIN 18 025 Teil 2),
- einen möglichst hohen Anteil der Betreuungsplätze in Einzelzimmern (bei Sanierungen mindestens 80 Prozent, bei Neubauten möglichst 100 Prozent),
- eine aktive Einbindung in die städtebauliche Umgebung.

Näheres zu den Baumodellprojekten des Bundesministeriums für Frauen, Senioren, Familie und Jugend für Menschen mit Behinderung kann der Informationsdatenbank „Baumodelle der Altenhilfe und der Behindertenhilfe“ unter www.bmfsfj.de entnommen werden.

8.12 Stationäre und ambulante Wohnformen

Grundsätzlich lassen sich die Wohn- und Betreuungsformen für behinderte Menschen in stationäre und ambulante Angebote unterteilen. Bei den ambulanten Wohnformen handelt es sich um Einrichtungen, in denen Hilfe, Pflege und Beratung in Form von ambulanter Assistenz geleistet wird, wobei die behinderten Menschen üblicherweise in Privathaushalten leben.

Soweit behinderte Menschen 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 Menschen unterschieden:

- Gruppenegegliedertes Wohnen (u. a. Wohnheime, Wohnstätten, Wohnhäuser); dabei sind kleine Einrichtungen mit maximal drei Gruppen mit nicht mehr als je sechs bis acht Bewohnerinnen und Bewohnern anzustreben und Betreuung rund um die Uhr zu gewährleisten;
- Gruppenwohnungen mit nicht mehr als sechs Bewohnern; die Betreuung erfolgt nach den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner, bei Bedarf rund um die Uhr;

- Einzel- und Paarwohnungen, die organisatorisch dem gruppengegliederten Wohnen angegliedert sind und in denen regelmäßig Betreuung stattfindet sowie
- 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 behinderter Menschen stehen. Dies gilt auch, soweit in diesen Einrichtungen pflegebedürftige behinderte Menschen im Sinne des SGB XI betreut werden. Deshalb können derartige Einrichtungen nicht als Pflegeeinrichtungen zugelassen werden.

8.13 Heime für erwachsene behinderte Menschen

Im Jahr 2000 gab es bundesweit insgesamt 4 107 Heime für erwachsene behinderte Menschen mit 160 346 Plätzen. Aktuellere Daten wurden im Rahmen des Ersten Berichts der Bundesregierung über die Situation der Heime und der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner nach § 22 HeimG (Heimbericht), der in Kürze fertig gestellt wird, erfragt. Die zum jetzigen Zeitpunkt verfügbaren Zahlen für das Jahr 2003 sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Stationäre Einrichtungen für behinderte Menschen gemäß HeimG (2003)

	Heime	Plätze
Bayern	632	27.616
Berlin	121	3.082
Brandenburg	319	7.270
Bremen	95	1.623
Hamburg	147	2.703
Hessen	489	12.509
Mecklenburg-Vorpommern	158	4.019
Rheinland-Pfalz	183	10.244
Saarland	50	2.757
Sachsen	255	9.163
Sachsen-Anhalt	316	8.323
Schleswig-Holstein	271	8.602
Thüringen	152	5.121

Stand: November 2004
Quelle: Heimbericht

Für detailliertere Daten zur Struktur der Heime der stationären Behindertenhilfe und der Bewohnerinnen und Bewohner wird ebenfalls auf den Heimbericht verwiesen.

9. Barrierefreier Verkehr

9.1 Möglichst weitreichende Barrierefreiheit im Verkehrsbereich angestrebt

Mit dem BGG sind insbesondere im Verkehrsbereich im eng bemessenen Zuständigkeitsbereich des Bundes wichtige Gesetze geändert worden, die auf die Herstellung einer „möglichst weitreichenden“ Barrierefreiheit abzielen. Dabei wurden die Beteiligungsrechte behinderter Menschen gestärkt.

Die Bundesregierung versteht das Prinzip der Barrierefreiheit als Qualitätsgewinn für alle Nutzerinnen und Nutzer des öffentlichen Personenverkehrs. Ältere Menschen, kleine Kinder, Personen mit Kinderwagen oder schwerem Gepäck haben in der Regel dieselben Nutzungsschwierigkeiten wie behinderte Menschen. Barrierefreiheit bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur die Beseitigung räumlicher Barrieren bei Fahrzeugen und baulichen Anlagen, sondern eine möglichst uneingeschränkte Nutzbarkeit des Gesamtsystems. Dazu gehören z. B. auch eine kontrastreiche Gestaltung der öffentlichen Verkehrsanlagen und eine geeignete Ausführung von Informations- und Kommunikationseinrichtungen.

Zielvorgabe für den öffentlichen Personenverkehr ist eine möglichst weitreichende Barrierefreiheit. Konkrete Anforderungen werden durch Normen, allgemeine technische Standards und auf der Grundlage des BGG auch über Programme, Pläne und Zielvereinbarungen festgelegt. Bei den Anstrengungen zur Barrierefreiheit sind die lange Lebensdauer und die große Zahl vorhandener Infrastruktureinrichtungen und Fahrzeuge zu berücksichtigen.

9.2 Forschungsprogramm Stadtverkehr

Das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen hat im Rahmen des Forschungsprogramms Stadtverkehr (FoPS) eine Untersuchung zum Stand der Umsetzung des BGG in Auftrag gegeben. Hiermit soll auch der Auftrag des Deutschen Bundestages (Bundestagsdrucksache 13/8331) erfüllt werden, die Wirksamkeit der im Gesetz für die Herstellung der Barrierefreiheit im öffentlichen Personenverkehr vorgesehenen Regelungen zu überprüfen. Darüber hinaus soll überprüft werden, ob zur Erreichung des Ziels der Barrierefreiheit in einem angemessenen Zeitrahmen die Einführung von Fristen erforderlich ist. Die Ergebnisse der Untersuchung, die auf umfangreichen Befragungen in den einzelnen Regelungsbereichen des BGG und den geänderten Fachgesetzen beruhen, sind in diesen Bericht eingeflossen.

Das von der Studiengesellschaft für unterirdische Verkehrssysteme e. V. (STUVA) in Zusammenarbeit mit dem Institut für barrierefreie Gestaltung in Mainz (IbGM) im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen erstellte Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass das BGG „in der Praxis angekommen“ sei.

Das Gutachten liefert keine Belege, die die Wirksamkeit oder Praktikabilität der mit dem BGG getroffenen Regelungen infrage stellen. Für die Bundesregierung ergeben sich zweieinhalb Jahre nach Inkrafttreten des BGG keine Hinweise dafür, dass die Einführung verbindlicher Fristen zur Zielerreichung der Barrierefreiheit notwendig ist.

Zwar ist in einzelnen Bereichen der Vollzug der gesetzlichen Regelungen (z. B. Aufstellung von Programmen oder Abschluss von Zielvereinbarungen) langsamer vorangeschritten als erwartet. Die Bundesregierung geht jedoch davon aus, dass es sich dabei um Anlaufprobleme bei der Umsetzung der zum Teil neuen Instrumente in die Praxis handelt. Gleichwohl wird die Bundesregierung die Entwicklung in den kommenden Jahren intensiv beobachten und auf eine weitere Umsetzung des BGG und der geänderten Fachgesetze achten.

9.3 Öffentlicher Personennahverkehr und Barrierefreiheit

Die Bedeutung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) für die Erhaltung lebenswerter Städte und Kommunen ist insgesamt unbestritten. Gerade in Großstädten und Ballungsräumen ist Mobilität ohne öffentlichen Personennahverkehr undenkbar. Mit dem BGG ist daher auch das Personenbeförderungsgesetz (PBefG) geändert worden. Die Länder haben in ihren Nahverkehrsplänen nunmehr zwingend die Belange mobilitätseingeschränkter Personen zu berücksichtigen und Aussagen über vorgesehene Maßnahmen und den Zeitrahmen für die Umsetzung möglichst weitreichender Barrierefreiheit zu treffen. Dabei sind die jeweils zuständigen Behindertenbeauftragten oder -beiräte der Aufgabenträger (Städte und Landkreise) – soweit vorhanden – anzuhören.

Das Instrument Nahverkehrsplan wurde 1996 im Rahmen der Regionalisierung und der Strukturreform der Eisenbahnen neu eingeführt und bildet heute den Rahmen für die Entwicklung des ÖPNV in der jeweiligen Region. Die Aufstellung von Nahverkehrsplänen ist in den ÖPNV-Gesetzen der Länder zu berücksichtigen. Die überwiegende Zahl der Aufgabenträger verfügt inzwischen über einen Nahverkehrsplan. Einige Aufgabenträger haben nach Inkrafttreten des BGG Neuaufstellungen oder Fortschreibungen ihrer Nahverkehrspläne beschlossen. Es ist aber damit zu rechnen, dass die flächendeckende Aufstellung bzw. Fortschreibung von Nahverkehrsplänen noch einige Jahre in Anspruch nehmen wird. Die Bundesregierung appelliert daher an die Aufgabenträger, die Fortschreibung ihrer Nahverkehrspläne voranzutreiben.

Aufgrund der Forschungsergebnisse (vgl. 9.2) kann festgestellt werden, dass die Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen und das Ziel einer möglichst weitreichenden Barrierefreiheit auf breiter Ebene in die Nahverkehrspläne Eingang finden. Die gesetzlich vorgeschriebene Anhörung der zuständigen Behindertenbeauftragten/-beiräte wird meist zielführend praktiziert. In vielen Fällen wird eine informelle Beteiligung von Vertretern der Belange behinderter Menschen ergänzend oder alternativ durchgeführt.

Positiv festzustellen ist, dass im Sinne einer umfassenden Barrierefreiheit die Belange sehbehinderter und hörbehinderter Menschen bei Neufassungen oder Fortschreibungen der Nahverkehrspläne deutlich stärker berücksichtigt werden. Zeitliche Vorgaben sind bisher in wenigen Nahverkehrsplänen vorhanden. Begründet wird dies von einigen Aufgabenträgern damit, dass Anzahl und Umfang von Maßnahmen zur Herstellung der möglichst weitreichenden Barrierefreiheit, die in den Nahverkehrsplan aufgenommen werden können, von den jeweils finanziellen Rahmenbedingungen abhängen.

Vor diesem Hintergrund kommt den Finanzmitteln, die der Bund den Ländern zur Sicherstellung ihrer Aufgabe im ÖPNV zur Verfügung stellt, eine besondere Bedeutung zu. Mit einer Änderung des Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetzes (GVFG) im Rahmen des BGG ist sichergestellt, dass eine Förderung nur erfolgt, wenn ein Vorhaben die Belange behinderter und anderer Menschen mit Mobilitätseinschränkungen berücksichtigt und den Anforderungen der Barrierefreiheit möglichst weitreichend entspricht. Nicht zuletzt auch in diesem Zusammenhang hält es der Verband Deutscher Verkehrsunternehmen (VDV) für notwendig, dass angesichts der Kostenintensität vieler Maßnahmen die bestehenden Instrumente zur Finanzierung des ÖPNV, insbesondere das GVFG, weiterhin vollumfänglich zur Verfügung stehen. Der finanzielle Spielraum der Verkehrsunternehmen für Investitionsmaßnahmen zugunsten weiterer Barrierefreiheit dürfe nicht weiter eingeengt werden.

Im GVFG wurde ein Anhörungsrecht der zuständigen Behindertenbeauftragten oder -beiräte verbindlich eingeführt. Verfügt eine Gebietskörperschaft nicht über Behindertenbeauftragte oder -beiräte, sind stattdessen die nach dem BGG anerkannten Verbände anzuhören. Dieses Verfahren könnte vermieden werden, wenn jede Gemeinde über einen Behindertenbeauftragten oder einen Behindertenbeirat verfügen würde.

Bereits bei der Antragstellung müssen die jeweiligen Vorhabenträger u. a. die Barrierefreiheit des Vorhabens bestätigen. Die Nachweise sind Bestandteil der jeweiligen Vorhabenakten und können bei Bedarf vom Bund eingesehen werden. Die Länder sind verpflichtet, im Wege der Berichterstattung darzulegen, inwieweit die geförderten Vorhaben dem Ziel der Barrierefreiheit entsprechen. Seitens der Behindertenverbände wurde der Wunsch nach mehr Transparenz des Verfahrens geäußert. Die Bundesregierung wird zu dieser Frage das Gespräch mit den Ländern suchen.

Das im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen erstellte Gutachten (vgl. 9.2) bestätigt, dass die nach dem GVFG bestehenden regionalen und örtlichen Entscheidungszuständigkeiten es den behinderten Menschen und ihren Verbänden ermöglichen, durch Zusammenarbeit mit den entsprechenden Aufgabenträgern wirkungsvolle Lösungen voranzutreiben. Bei den im Rahmen des GVFG geförderten ÖPNV-Vorhaben hat sich gezeigt, dass die Belange gehbehinderter Menschen und Rollstuhlnutzer sowie blinder und sehbehinderter Menschen regelmäßig berücksichtigt werden.

Nachholbedarf gibt es hinsichtlich der Belange hörbehinderter und gehörloser Menschen. In diesem Bereich besteht noch Forschungsbedarf. Das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen plant deshalb im Rahmen des Forschungsprogramms Stadtverkehr 2005 ein Projekt „Verbesserung der Barrierefreiheit für Blinde und Sehbehinderte sowie Gehörlose und Hörgeschädigte im öffentlichen Raum“.

Für den ÖPNV kann festgestellt werden, dass bei entsprechenden Bauvorhaben, Ausstattungen und Anschaffungen grundsätzlich die Belange behinderter Menschen berücksichtigt werden. Das GVFG hat sich damit als wirksames Instrument für die Herstellung von Barrierefreiheit erwiesen.

9.4 Hohe Qualität und Verfügbarkeit des ÖPNV in Deutschland

Als Beitrag zum EJMB 2003 hat das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen gemeinsam mit dem VDV das Handbuch „Barrierefreier ÖPNV in Deutschland“ veröffentlicht und auf einem Fachkongress vorgestellt. Dieses Handbuch bietet einen umfassenden Überblick über die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen im ÖPNV sowie den gegenwärtigen technischen Standards.

Das hervorragende Abschneiden deutscher Verkehrsunternehmen im Rahmen eines europäischen Wettbewerbs zum Thema „Barrierefreiheit im öffentlichen Personenverkehr und in der Infrastruktur“ belegt die bereits heute vorhandenen vielen guten Lösungen eines barrierefreien ÖPNV in Deutschland. Diese von der Europäischen Verkehrsministerkonferenz (CEMT) und dem Europäischen Behindertenverband (European Disability Forum, EDF) ausgelobte Aktion war Teil des EJMB 2003. Im Ergebnis belegten vier deutsche Verkehrsunternehmen Plätze unter den ersten zehn.

Ein wichtiger Grund für die große Verfügbarkeit und gute Qualität des ÖPNV in Deutschland, die sich u. a. in dem guten Wettbewerbsergebnis widerspiegelt, liegt nicht zuletzt auch in der Höhe der durch den Bund zur Verfügung gestellten Haushaltsmittel. Allein im Jahr 2004 liegt das finanzielle Engagement des Bundes bei rund 8,5 Mrd. Euro (Mittel nach dem Regionalisierungsgesetz: 6,810 Mrd. Euro; Mittel nach dem Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz: 1,667 Mrd. Euro).

9.5 Barrierefreiheit bei den Eisenbahnen

Für die regelspurigen öffentlichen Eisenbahnen (Eisenbahnen des Bundes und nichtbundeseigene Eisenbahnen) gilt nach der Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung (EBO), dass die Benutzung der Bahnanlagen und Fahrzeuge durch behinderte und alte Menschen sowie Kinder und sonstige Personen mit Nutzungsschwierigkeiten ohne besondere Erschwernis zu ermöglichen ist. Nach den im Rahmen des BGG erfolgten Änderungen der EBO sind die Eisenbahnen verpflichtet, zu diesem Zweck Programme zur Gestaltung von Bahnanlagen und Fahrzeugen aufzustellen mit dem Ziel, eine möglichst weitrei-

chende Barrierefreiheit für deren Nutzung zu erreichen. Bei der Aufstellung der Programme sind die Spitzenorganisationen der nach dem BGG anerkannten Verbände anzuhören. Die vorzunehmenden Maßnahmen obliegen den Eisenbahnen in eigener unternehmerischer Verantwortung. Die Aufsichtsbehörden haben zu überwachen, dass Programme aufgestellt werden.

Zurzeit wird ein Programmentwurf der Deutschen Bahn AG (DB AG) zur schrittweisen Herstellung der Barrierefreiheit den Behindertenverbänden vorgestellt. Dieser enthält einen Empfehlungskatalog mit Standards zur Fahrzeuggestaltung im Personenverkehr, der gemeinsam mit Behindertenvertretern erarbeitet wurde und bei allen neu zu entwickelnden Fahrzeugen Berücksichtigung finden soll. Auch die Infrastruktur in den Personenbahnhöfen soll im Zuge von Neu- und umfassenden Umbaumaßnahmen nach und nach barrierefrei gestaltet werden. Hierzu sollen die entsprechenden Anforderungen in die Richtlinie 813 „Personenbahnhöfe planen“ eingearbeitet werden. Die DB AG hat angekündigt, noch im Dezember 2004 die von der EBO geforderte Anhörung der Behindertenverbände durchzuführen. Ihr kommt damit eine Vorreiterrolle zu.

Programmentwürfe anderer, nicht bundeseigener Eisenbahnunternehmen sind dem Bund bisher nicht bekannt. Die diesbezügliche Aufsichtspflicht obliegt den Ländern. Einige Eisenbahnunternehmen geben an, an der Erstellung von Programmen zu arbeiten oder sie bereits fertig gestellt zu haben. Die Bundesregierung erwartet mit der Veröffentlichung erster Programme, insbesondere des der DB AG, eine Intensivierung der Aktivitäten hinsichtlich der Erstellung der Eisenbahnprogramme.

Um Probleme beim Übergang vom Bahnsteig zum Fahrzeug zu vermeiden, kommt es schon bei der Aufstellung der Programme auch auf die Abstimmung zwischen Eisenbahnverkehrsunternehmen und -infrastrukturunternehmen an. In diesem Zusammenhang wird es insbesondere für wichtig gehalten, dass die Aufgabenträger des Schienenpersonennahverkehrs bei Ausschreibungen von Verkehrsleistungen stärker als bisher die Anforderungen der Barrierefreiheit berücksichtigen. Infolge des Regionalisierungsprozesses werden im Bereich des Schienenpersonennahverkehrs die Anforderungen an die Barrierefreiheit von den Ländern bestimmt.

Unabhängig von den Arbeiten an einem Programm sind bei der DB AG nach ihren Angaben im Personenfernverkehr aktuell nahezu alle Züge im Tagesverkehr mit ein bis zwei Rollstuhlstellplätzen sowie einer für Rollstuhlfahrer weitgehend nutzbaren Toilettenanlage ausgestattet. Derzeit noch eingesetzte IC/EC-Züge, die nicht über Rollstuhlbeförderungskapazitäten verfügen, sollen bis Ende 2005 schrittweise durch Züge mit solchen Einrichtungen ersetzt werden. Insgesamt bietet die DB AG monatlich rund 23 000 Rollstuhlstellplätze im Fernverkehr an. Für alle nach dem 1. Juli 2004 von der DB Fernverkehr AG auf Basis einer Neuentwicklung zu beschaffenden neuen Fahrzeugtypen ist die fahrzeuggebundene Einstiegshilfe im Anforderungsprofil enthalten.

Im Personennahverkehr der DB AG verfügt ein Teil der heute verkehrenden Züge bereits über fahrzeuggebundene Einstiegshilfen, rollstuhlgerechte Toiletten und digitale Informationssysteme. Ein wachsender Anteil von Fahrzeugen bedient zum Teil höhengleiche Bahnsteige. Die DB Regio AG setzt ca. 500 Doppelstockwagen mit rollstuhlgängigen Einstiegshilfen und Toiletten ein.

Die Situation in den Personenbahnhöfen stellt sich nach Angaben der DB AG derzeit wie folgt dar: Insgesamt werden ca. 5 500 Haltestationen für den Personenverkehr betrieben. In mehr als 300 größeren Bahnhöfen wird für behinderte Menschen ein Ein-, Um- und Aussteigeservice durch eigenes Personal angeboten. Eine zunehmende Zahl der Hilfen wird aber auch durch Kooperationspartner (z. B. Bahnhofsmissionen) geleistet. Mehr als 480 Bahnhöfe verfügen aktuell über Rollstuhl-Hubgeräte, 40 Bahnhöfe über mobile Rampen und neun Bahnhöfe über Elektromobile. Darüber hinaus sind zahlreiche Bahnhöfe mit Aufzügen und barrierefreien Rampen ergänzend zu Treppenanlagen, Bodenleitsystemen für blinde und sehbehinderte Menschen, Automatiktüren in Gebäuden, Gepäckförderbänder an Treppen usw. ausgestattet.

Die DB AG hat 1999 eine Mobilitätsservicezentrale eingerichtet. Die Mobilitätsservicezentrale bietet über die Organisation eines persönlichen Ein-, Um- und Aussteigeservice hinaus auch eine Reiseauskunft, die sich speziell an den Bedürfnissen behinderter Menschen orientiert. Dazu zählt beispielsweise die Auswahl von Direktverbindungen möglichst ohne Umsteigen, die Berücksichtigung persönlicher Streckenverzeichnisse und relevanter Verbundtarife sowie die Platzreservierung mit gezielter Buchung individuell geeigneter Sitzplätze und die Zusendung bestellter Tickets direkt ins Haus.

Eine detaillierte Informationsbroschüre bietet behinderten Reisenden einen Überblick über die angebotenen Services. Die Broschüre „Mobil trotz Handicap“ ist in allen DB-ReiseZentren, in Reisebüros mit DB-Lizenz, an DB-ServicePoints, bei Versorgungsämtern, in zahlreichen Rehabilitationskliniken, bei Selbsthilfeverbänden und Hilfsorganisationen kostenlos erhältlich. Seit Dezember 2003 ist diese Informationsbroschüre auch als Audio-CD erhältlich, um speziell sehbehinderten und blinden Menschen die notwendigen Informationen für eine Bahnreise leichter zugänglich zu machen. Auch zahlreiche Verkehrsverbünde und Nahverkehrsunternehmen erleichtern die Reiseplanung und die Alltagsmobilität mit Mobilitätsbroschüren und Informationen auf ihren Webseiten.

Entsprechend der langjährigen Praxis im übrigen öffentlichen Personenverkehr haben auch Eisenbahnunternehmen in den letzten Jahren den Fahrausweisverkauf überwiegend auf Automaten umgestellt. Die DB AG bietet denjenigen Fahrgästen, für die der Fahrkartenkauf am Schalter oder Automaten aufgrund ihrer Behinderung grundsätzlich erschwert ist, alternative Vertriebswege an. So können Fahrkarten beispielsweise auch über Internet oder per Telefon über die Mobilitätsservicezentrale erworben werden. Darüber hinaus sind alleinreisende blinde Fahrgäste von der sonst fälligen Zahlung des so

genannten Bordpreises beim Kauf einer Fahrkarte im Zug befreit.

Beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen finden regelmäßig von ihm moderierte Gesprächsrunden zwischen der DB AG und den Verbänden behinderter Menschen statt, bei denen auch die Frage einer barrierefreien Nutzung der Fahrkartenautomaten erörtert wird. Der Beauftragte ist in diesem Zusammenhang an die Automatenhersteller mit dem Vorschlag herantreten, unter Beteiligung der Verbände behinderter Menschen technische Lösungsmöglichkeiten zur Herstellung der Barrierefreiheit zu erarbeiten, wobei dies für sämtliche Dienstleistungsautomaten, wie z. B. auch Geld- und Kassenautomaten geprüft werden soll. Ein erster Erfolg konnte 2004 bereits erzielt werden, indem die – für Rollstuhlfahrer zu hohe – Anbringhöhe von Automaten in Sozialämtern im Land Berlin nunmehr auf 1,20 Meter (20 Zentimeter tiefer) festgelegt wurde.

Die Bundesregierung begrüßt die Bestrebungen des VDV, ein deutschlandweites elektronisches Fahrgeldmanagement zu entwickeln, durch das bargeldloses Zahlen, elektronisches Ticketing sowie eine automatisierte Fahrpreisfindung ermöglicht werden soll. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert die Entwicklung des „Interoperablen elektronischen Fahrgeldmanagements“ im Rahmen des Forschungsprojekts „VDV-Kernapplikation“ bis Anfang 2005.

9.6 Barrierefreiheit und Flugverkehr

In den Bauordnungen der Länder sind regelmäßig verbindliche Vorschriften zur barrierefreien Gestaltung von Flughafengebäuden enthalten. Insgesamt kann daher festgestellt werden, dass die Flughäfen über eine zweckmäßige behindertengerechte Ausstattung verfügen. Durchweg sind Behindertenparkplätze in günstiger Lage, Absenkungen, Rampen und Lifte, Toiletten und Telefone für behinderte Menschen 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 Anforderung der behinderten Menschen beauftragen und finanzieren viele Luftverkehrsgesellschaften einen professionellen Betreuungsservice, der in der Regel einen betreuten Übergang vom Check-in-Schalter in das Flugzeug hinein und wieder in den Gepäckausgabebereich heraus gewährleistet. Darüber hinaus kann zwischen Gast und Betreuungsservice eine Begleitung zwischen individuellem oder öffentlichem Verkehrsmittel vereinbart werden.

Die europäischen Verbände der Luftfahrtunternehmen und der Flughäfen haben unter Moderation der Europäischen Zivilluftfahrt-Konferenz am 10. Mai 2001 freiwillige Selbstverpflichtungen über bestimmte Serviceleistungen gegenüber den Flugpassagieren verabschiedet. Diese sind am 14. Februar 2002 in Kraft getreten. Die Vereinbarungen enthalten jeweils einen besonderen Anhang zum Umgang mit Personen mit eingeschränkter Mobilität.

Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Verkehrsflughäfen haben sämtliche deutsche Flughafenunternehmen der freiwilligen Selbstverpflichtung zugestimmt. Auch alle im herkömmlichen Fluglinien- und Ferienflugverkehr tätigen deutschen Luftfahrtunternehmen haben diese freiwilligen Serviceverpflichtungen übernommen. Die Verpflichtungen sind weitgehend in die Beförderungsbedingungen eingegangen. Gravierende Probleme bei der Anwendung der Verpflichtung sind bisher nicht bekannt. Dennoch erreichen die Bundesregierung vereinzelt Beschwerden, in denen Reisende auf Einschränkungen am Flughafen (Parken, Gepäckträgerservice, Kontrollen) und durch die Fluggesellschaften (keine Beförderung ohne volljährige Begleitperson, fehlende Sitzplatzreservierungsmöglichkeiten, ungeeignete Sitzplätze wegen nicht klappbarer Armlehnen) hinweisen.

Im Luftverkehr ist – wie in anderen Verkehrsbereichen auch – ein zunehmender Einsatz von Technik und Automaten (z. B. e-Ticketing), teilweise in Verbindung mit dem Abbau von Servicepersonal, zu beobachten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass technische Lösungen den Anforderungen an die Barrierefreiheit genügen oder zumindest gleichwertige Alternativen zur Verfügung stehen.

Mit dem BGG sind auf nationaler Ebene für den Luftverkehr Regelungen, die auf die Herstellung von Barrierefreiheit abzielen, getroffen worden. Nach dem Luftverkehrsgesetz haben Unternehmer von Flughäfen für eine gefahrlose und leicht zugängliche Benutzung von allgemein zugänglichen Flughafenanlagen, Bauwerken, Räumen und Einrichtungen durch Fluggäste Sorge zu tragen. Dabei sind die Belange behinderter Menschen besonders zu berücksichtigen mit dem Ziel, Barrierefreiheit zu erreichen. Für Luftfahrtunternehmen gilt eine entsprechende Verpflichtung im Hinblick auf eine gefahrlose und leicht zugängliche Benutzung der Luftfahrzeuge. Einzelheiten können jeweils durch Zielvereinbarungen festgelegt werden.

Bisher ist im Zielvereinbarungsregister noch keine Anzeige anerkannter Behindertenverbände über die Aufnahme von entsprechenden Verhandlungen eingegangen. Einer Umfrage im Rahmen des Forschungsprojekts „Auswirkungen des BGG“ zur Folge, wurden in einigen Fällen Gespräche geführt. Nach Einschätzung der Bundesregierung ist bei der Bewertung der Erfolgsaussichten für Zielvereinbarungen im Bereich des Luftverkehrs die steigende Bedeutung internationaler Regelungen zu berücksichtigen. So hat die EU-Kommission Anfang 2004 ein bisher noch nicht verabschiedetes Arbeitspapier vorgelegt, das sich mit den Rechten von Personen mit eingeschränkter Mobilität im Luftverkehr befasst.

In diesem Zusammenhang führen das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen Gespräche mit Verbänden behinderter Menschen, Unternehmen und Unternehmensverbänden sowie anderen Institutionen zu einem barrierefreien Luftverkehr.

In der Verordnung (EG) Nr. 261/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 11. Februar 2004 über eine gemeinsame Regelung für Ausgleichs- und Unterstützungsleistungen für Fluggäste im Fall der Nichtbeförderung und bei Annullierung oder großer Verspätung von Flügen und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 295/91 sind besondere Regelungen zugunsten von Personen mit eingeschränkter Mobilität enthalten. So haben Personen mit eingeschränkter Mobilität und deren Begleitpersonen sowie unbegleitete Kinder Vorrang bei der Beförderung. Die Verordnung wird am 17. Februar 2005 in Kraft treten.

9.7 Barrierefreiheit auf Straßen, Wegen und Plätzen

Mit einer Änderung des Bundesfernstraßengesetzes (FStrG) durch das BGG ist sichergestellt, dass auch beim Bau und der Unterhaltung von Bundesfernstraßen die Belange behinderter Menschen mit dem Ziel möglichst weitreichender Barrierefreiheit berücksichtigt werden. Dies gilt bei den bewirtschafteten Autobahnrastanlagen sowohl für die Servicebetriebe (z. B. Tankstellen und Raststätten) als auch für die Verkehrsanlage (z. B. barrierefreie Gestaltung von Querungsanlagen für Fußgänger). Eingeschränkt wird dieses Ziel nur durch überwiegende öffentliche Belange wie beispielsweise die Verkehrssicherheit. Nach Erfahrungen der Landesstraßenbaubehörden, die die Bundesfernstraßen im Auftrag des Bundes verwalten, treten derartige Konflikte in der Praxis eher selten auf.

Die Änderung des FStrG umfasst auch den Bereich der Benutzung der Bundesfernstraßen über den Gemeingebrauch hinaus (Sondernutzung). Danach soll eine Erlaubnis zur Sondernutzung nicht erteilt werden, wenn behinderte Menschen durch die Sondernutzung in der Ausübung des Gemeingebrauchs erheblich beeinträchtigt würden, z. B. weil die kommerzielle Nutzung des Straßenraums durch das Aufstellen von Verkaufstischen eine unzumutbare Behinderung für Rollstuhlfahrer darstellt.

Bei der Umsetzung der Regelungen des FStrG werden die Verbände behinderter Menschen in der Regel beteiligt, obwohl dies nach dem Bundesfernstraßengesetz nicht ausdrücklich gefordert wird. Die Erfahrungen damit werden von den Auftragsverwaltungen als positiv eingeschätzt.

Auch schon vor Inkrafttreten dieser Regelung sind die Belange behinderter Menschen beispielsweise an Autobahnrastanlagen berücksichtigt worden. Gesonderte Parkplätze für behinderte Menschen und die Barrierefreiheit in den Servicebetrieben und auf dem Weg dorthin gehören zum baulichen Standard von Autobahnrastanlagen. Die Bundesregierung geht daher davon aus, dass Parkstände für behinderte Menschen inzwischen bundesweit eingerichtet sind. Barrierefreie Wege zur Raststätte und innerhalb derselben sowie barrierefreie Toiletten in den Servicebetrieben sind weitestgehend eingerichtet. Wo dies z. B. in älteren Gebäuden noch nicht der Fall ist, muss dies im Zuge von Modernisierungen oder Ersatzneubauten erfolgen, da sich die Konzessionäre im

Konzessionsvertrag verpflichtet haben, die Servicebetriebe behindertengerecht zu bauen und zu betreiben.

Dem in Deutschland, in Österreich, der Schweiz und weiteren europäischen Ländern eingeführten einheitlichen Schließsystem für barrierefreie Toiletten ist an der Autobahn zum Durchbruch verholfen worden. Es erfreut sich inzwischen großer Beliebtheit und findet auch über die Autobahnen hinaus Verbreitung. Nach Kenntnis der Bundesregierung besteht zudem an vielen Autobahntankstellen für behinderte Menschen auch die Möglichkeit, über Funk einen Bediensteten zu rufen, der das Tanken übernimmt oder Unterstützung leistet.

Die Bundesregierung hat keine genaueren Erkenntnisse über die Barrierefreiheit in den bewirtschafteten Autobahnrastanlagen, bei denen die Konzessionen für die Servicebetriebe nicht in Händen der Tank & Rast liegen und die meist weit vor der Privatisierung entstanden sind. Sie geht auch in diesen Fällen davon aus, dass die Verhältnisse in diesen Anlagen nach dem Abschluss der Konzessionsverträge ebenfalls zum nächstmöglichen Zeitpunkt dem Standard der übrigen Anlagen angeglichen werden, soweit dies nicht bereits erfolgt ist.

Auch bei der Gestaltung der Verkehrsanlagen werden die Belange behinderter Menschen generell auf der Grundlage einer Vielzahl technischer Regelwerke berücksichtigt, die kontinuierlich entsprechend den neuesten Erkenntnissen überarbeitet werden. Die Bedürfnisse behinderter Menschen bilden dabei einen wichtigen Bezugspunkt. So werden z. B. die Einsatzbereiche und die technische Ausgestaltung von Zusatzeinrichtungen für blinde und sehbehinderte Menschen – wie akustische Freigabesignale und taktile Signalgeber – in den „Richtlinien für Lichtsignalanlagen (Teilfortschreibung 2003)“ geregelt. Derartige Anlagen werden in Absprache mit den örtlichen Organisationen blinder Menschen installiert.

Hinweise für die Gestaltung von Rad- und Gehwegen zur Vermeidung von Gefahren für Fußgänger und Radfahrer einschließlich behinderter Verkehrsteilnehmer sind beispielsweise in den „Empfehlungen für die Anlage von Hauptverkehrsstraßen (EAHV 93)“, in den „Empfehlungen für die Anlage von Erschließungsstraßen (EAE 85/95)“ und in den „Empfehlungen für Radverkehrsanlagen (ERA 95)“ enthalten. Derartige Hinweise beziehen sich u. a. auf Mindestmaße für Gehwege und Parkplätze für behinderte Menschen, die Gestaltung von Hindernissen im Straßenraum und taktilen Begrenzungsstreifen zwischen Geh- und Radwegen sowie die Angabe von Bordhöhen für behindertengerechtes Ein- und Aussteigen an ÖPNV-Wartebereichen.

Darüber hinaus steht den Verkehrsplanern das vom Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen im Rahmen des Forschungsprogramms Stadtverkehr (FoPS) herausgegebene Handbuch „Bürgerfreundliche und behindertengerechte Gestaltung des Straßenraums“ (direkt-Heft Nr. 54) als wertvolle Planungshilfe zur Verfügung. Es enthält eine Vielzahl von Hinweisen, durch welche Maßnahmen mobilitätseingeschränkten Personen

ermöglicht wird, ungehindert am Straßenverkehr teilnehmen zu können.

Die direkt-Reihe des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen bietet auch in anderen Bereichen, wie z. B. bei der Gestaltung von Haltestellen des ÖPNV, bei Infrastruktureinrichtungen in Touristikgebieten, eine gute Unterstützung. Insbesondere das direkt-Heft Nr. 56 hilft bei der Planung „Barrieren bei vorhandenen oder neu zu errichtenden Gebäuden, Verkehrsanlagen und Umfeldern des öffentlichen Bereichs“ zu erfassen und entsprechende Alternativen zu gestalten.

In der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrs-Ordnung ist eine Reihe von Parkerleichterungen für schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sowie für blinde Menschen festgeschrieben. Dem immer wieder vorgetragenen Begehren, den Kreis der Berechtigten auszuweiten, kann nicht entsprochen werden, weil sonst bei der begrenzten Zahl von Parkplätzen für behinderte Menschen unlösbare Konflikte zwischen den einzelnen Schwerbehindertengruppen auftreten. Nur mit der Begrenzung kann den behinderten Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sowie blinden Menschen die Sonderparkmöglichkeit gewährleistet werden.

Aufgrund einer Empfehlung der Europäischen Konferenz der Verkehrsminister werden die Parkausweise für schwerbehinderte Menschen in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten gegenseitig anerkannt; es können die jeweils geltenden nationalen Parkerleichterungen genutzt werden.

Gemäß einer Empfehlung des Rates der Europäischen Union wurde in Deutschland ein „Parkausweis für Behinderte“ nach europäischem Muster zum 1. Januar 2001 eingeführt. Das einheitliche Ausweismuster dient dazu, die gegenseitige Anerkennung in den Mitgliedstaaten zu erleichtern.

Hinsichtlich der Auswirkungen der Einführung des europäischen Parkausweises für behinderte Menschen liegen der Bundesregierung keine speziellen Erkenntnisse vor. Probleme betreffend die Anerkennung der Ausweise im europäischen Ausland werden seitens der Betroffenen seit der Einführung des vereinheitlichten Ausweismusters – anders als in den Jahren zuvor – nicht mehr beklagt. Dies spricht dafür, dass die Vereinheitlichung des Ausweismusters den gewünschten Zweck erfüllt.

Schwerbehinderte Menschen, 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 Menschen im Nahverkehr wie auch im Fernverkehr freifahrtberechtigt.

Das Freifahrtrecht ist in der Regel davon abhängig, dass die schwerbehinderten Menschen einen Eigenanteil von 60 Euro pro Jahr leisten. Ausnahmen von dieser Eigenbeteiligung bestehen für blinde und hilflose Menschen, einkommensschwache schwerbehinderte Menschen, die

Arbeitslosenhilfe, laufende Leistungen für den Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, Leistungen zur Grundsicherung nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 Grundsicherungsgesetz oder vergleichbare Leistungen beziehen sowie für Kriegsoffer und vergleichbare Gruppen, die bereits am 1. Oktober 1979 freifahrtberechtigt waren.

Barrierefreiheit ist ein hohes Gut. Behinderte Menschen sollen möglichst uneingeschränkt am öffentlichen Leben teilnehmen, einer Arbeit und natürlich auch Freizeitaktivitäten nachgehen können. Der Zugang zum öffentlichen Nahverkehr ist für behinderte Menschen daher besonders wichtig. Nachdem sich anlässlich der Diskussion um Änderungen der Freifahrtregelungen für behinderte Menschen herausgestellt hat, dass Barrierefreiheit im öffentlichen Nahverkehr noch nicht erreicht ist, hat die Bundesregierung entschieden, die kostenfreie Nutzung für die berechtigten Personen und ihre Begleitpersonen uneingeschränkt zu erhalten. Geändert werden soll das Erstattungsverfahren mit den Verkehrsunternehmen. Ein entsprechender Gesetzentwurf der Bundesregierung befindet sich im parlamentarischen Verfahren. Die Verkehrsbetriebe bleiben aufgefordert, eine umfassende Barrierefreiheit herzustellen.

9.8 Barrierefreiheit und Schifffahrt

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 „Barrierefreie Umweltgestaltung“ der BAR 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 Ausflugsschiffahrt sind in zunehmendem Maße behindertengerecht ausgestaltet. Beim Um- und Neubau von Fährterminals werden die Belange behinderter Menschen berücksichtigt, indem z. B. der Schiffszugang rollstuhlgerecht über eine Rampe ermöglicht wird. Weitere Einrichtungen, wie z. B. Parkplätze für behinderte Menschen im Anlegbereich, Fahrstühle und barrierefreie Toiletten 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 Ausflugsschiffe sind in unterschiedlichem Maße barrierefrei ausgelegt. Die meisten Fährschiffe haben entsprechende Aufzüge und Toiletten und können barrierefrei genutzt werden. Im Fährverkehr mit Großbritannien sind Seeschiffe eingesetzt, auf denen eine – allerdings begrenzte – Anzahl barrierefreier Kabinen eingerichtet wurde. Kombifähren, die hauptsächlich für den rollenden Güterverkehr vorgesehen sind, haben solche Kabinen jedoch nicht.

Mit der Umsetzung der EG-Richtlinie 2003/24 in nationales Recht durch die Sechste Schiffsicherheitsanpassungsverordnung vom 8. Dezember 2003 ist sichergestellt, dass Fahrgastschiffe künftig (bei Kiellegung nach dem 1. Oktober 2004) so gebaut und ausgestattet werden, dass Personen mit eingeschränkter Mobilität ohne fremde Hilfe oder mithilfe von Rampen oder Aufzügen problemlos und sicher an und von Bord gehen können und der Zugang zu den verschiedenen Decks möglich ist. Weitere Anforderungen sind in den Leitlinien des Anhangs III „Sicherheitsanforderungen für Fahrgastschiffe und Fahrgast-Hochgeschwindigkeitsfahrzeuge in Bezug auf Personen mit eingeschränkter Mobilität“ beschrieben. Bei der Umsetzung der Maßnahmen werden die Organisationen, die die Personen mit eingeschränkter Mobilität vertreten, konsultiert.

Da sich die Richtlinie auch auf den Umbau von älteren Fahrgastschiffen, sofern sie sich in einem entsprechenden Bauzustand befinden und der Umbau wirtschaftlich vertretbar und durchführbar ist, bezieht, kann mit einer substanziellen Verbesserung der Barrierefreiheit von Fahrgastschiffen gerechnet werden. Die Mitgliedstaaten berichten der Kommission über die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen bis zum 17. Mai 2006.

9.9 EU-Busrichtlinie

Die umfangreichen nationalen Entwicklungsarbeiten sowie die Erfahrungen aus einem inzwischen mehr als 10-jährigen Praxiseinsatz der Niederflurtechnik in Deutschland haben in der EG-Busrichtlinie 2001/85/EC ihren Niederschlag gefunden.

Mit der 36. Verordnung zur Änderung straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften vom 22. Oktober 2003 sind die Vorschriften der EG-Busrichtlinie in die Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung (StVZO) übernommen worden. Dies bedeutet, dass ab dem 13. Februar 2005 Busse der Klasse I (so genannte Stadtlinienbusse) nur noch zugelassen werden, wenn sie den in Anhang VII der Richtlinie 2001/85/EG genannten Anforderungen entsprechen. Diese Fahrzeuge müssen in Niederflerbauweise ausgeführt und mit Einstiegshilfen in Form einer Absenkvorrichtung („Kneeling“) und Lift oder Rampe ausgestattet sein. Daneben sind zahlreiche Einzelbestimmungen in Anhang VII aufgenommen, die – für ein Regelwerk mit gesetzlichem Charakter – einen sehr hohen Detaillierungsgrad aufweisen. Sofern Regional-Linienbusse (Klasse-II-Busse) mit Einrichtungen für Personen mit eingeschränkter Mobilität und/oder Rollstuhlfahrer

ausgestattet sind, müssen diese Fahrzeuge ebenfalls den einschlägigen Vorschriften des Anhangs VII entsprechen.

Nach Angaben des VDV waren im Jahr 2003 bereits 77 Prozent der neu angeschafften Linienbusse in der Niederflurbauweise ausgeführt. Bei den reinen Stadtbussen waren es sogar 98,1 Prozent. Damit ist die europaweite Vorgabe der Niederflurtechnik im Stadtbereich in Deutschland bereits stabil erreicht. Ein signifikanter Aufschwung der Niederflurtechnik ist auch im Überlandbereich zu verzeichnen. Der Anteil der Niederflurbusse bei den Neuanschaffungen konnte hier von 43,3 Prozent im Jahr 2002 auf 49,4 Prozent im Jahre 2003 gesteigert werden. Damit ist im Bereich der VDV-Unternehmen jeder zweite neue Überlandlinienbus ein Niederflurfahrzeug.

10. Behinderung und Familie

10.1 Integration von Familien mit behinderten Kindern stärken

In etwa 3 Prozent aller Familienhaushalte mit Kindern lebt ein behindertes Kind. Nur wenige Kinder mit Behinderung wachsen heute außerhalb ihrer Herkunftsfamilie auf. Das Leben in der Familie ist auch für behinderte Kinder grundsätzlich die beste Lebensform. Die Integration behinderter Kinder muss daher bei der Stärkung und Unterstützung ihrer Familien ansetzen.

Familien leisten den weitaus größten Teil der notwendigen Förderung und Erziehung behinderter Kinder sowie der Betreuung und Pflege erwachsener behinderter Angehöriger. Familien mit behinderten Angehörigen aller Altersgruppen nehmen diese Aufgaben äußerst verantwortungsvoll und mit großer Selbstverständlichkeit wahr. Die von Familienangehörigen erbrachten Hilfen umfassen neben rein körperbezogener Pflege auch die hauswirtschaftliche Versorgung und die sozialkommunikativen, 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 Gefahr besteht, dass die Familien durch die Belastungen der Betreuung physisch, psychisch und finanziell überfordert werden. 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.

Das muss durch entsprechende Hilfen aufgefangen oder wenigstens gemindert werden. Ein flexibles und für die Nutzer finanzierbares Angebot an familienentlastenden Hilfen ist Voraussetzung, damit nicht nur behinderte Kinder selbst, sondern auch ihre Angehörigen am gesellschaftlichen Leben unter weitestgehender Normalisierung und

Selbstbestimmung teilhaben können. So stellt z. B. das Internet-Informationsnetzwerk www.familienratgeber.de, das von der Aktion Mensch gefördert wird, ein umfangreiches Angebot an Informationen und Adressen für Familien mit behinderten Kindern bereit.

10.2 Einkommenssituation von Familien mit behinderten Kindern

Oft bedeutet die Situation des Zusammenlebens mit einem behinderten Angehörigen ein deutlich niedrigeres Familieneinkommen, da oftmals einer der Partner auf eine Berufstätigkeit zugunsten der Betreuung und Pflege verzichtet. Nach der Untersuchung zum Hilfe- und Pflegebedarf in privaten Haushalten Deutschlands sind Hauptpflegepersonen, die Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf betreuen, zu 77 Prozent nicht erwerbstätig, während 5 Prozent geringfügig beschäftigt, 7 Prozent teilzeitbeschäftigt und 10 Prozent vollzeiterwerbstätig sind. 68 Prozent der Hauptpflegepersonen befinden sich im erwerbsfähigen Alter, 32 Prozent sind 65 Jahre oder älter. Die Ergebnisse des Mikrozensus vom Mai 2003 belegen bei den 25- bis unter 60-Jährigen eine deutliche Schlechterstellung privater Haushalte behinderter Menschen gegenüber denen nichtbehinderter Menschen. So haben z. B. bei den 25- bis unter 45-jährigen behinderten Menschen in Zweipersonenhaushalten 36 Prozent ein Haushaltsnettoeinkommen von unter 1 700 Euro, bei den nicht-behinderten Menschen sind es 24 Prozent.

Zwischen behinderten Frauen und behinderten Männern zeigen sich in der Regel bei den Haushaltsnettoeinkommen nur relativ geringe Unterschiede. Allerdings erzielen die behinderten Frauen – bedingt auch durch ihre geringere Erwerbsbeteiligung – deutlich niedrigere Einkommen als die behinderten Männer. 28 Prozent der behinderten Männer von 25 bis unter 45 Jahren verfügen über ein persönliches Nettoeinkommen von unter 700 Euro. Dieser Wert beträgt bei den behinderten Frauen 42 Prozent.

10.3 Hilfe für behinderte Eltern

Auch in heutiger Zeit werden behinderte Schwangere und Väter mit dem Vorurteil konfrontiert, sie sollten besser kein Kind bekommen und könnten keine gute Mutter bzw. Eltern sein.

Wenn sich behinderte Frauen mit ihrem Kinderwunsch durchsetzen, treffen sie auf eine Umwelt, die nicht auf ihre Bedürfnisse eingerichtet ist. Sowohl Entbindungsstationen als auch Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen und Mütterberatungsstellen sind nur ausnahmsweise barrierefrei gestaltet.

Die Schaffung von mehr barrierefreien Hilfsangeboten und eine angepasste Orientierung von Leistungen zur Teilhabe auf die aus der Elternschaft resultierenden besonderen Bedürfnisse werden die Situation behinderter Eltern verbessern können. Vor allem behinderte Mütter benötigen Mobilitätshilfen, um mit ihren Kindern Ausflüge, Spielplatzbesuche etc. unternehmen zu können. Erblindete oder sehbehinderte (werdende) Mütter würden ein Training in lebenspraktischen Fertigkeiten begrüßen,

um den richtigen Umgang mit dem Kind erlernen zu können. Damit beispielsweise gehörlose Eltern hörender Kinder ihrem Erziehungsauftrag gerecht werden können, benötigen sie für Gespräche in Frühfördereinrichtungen, Kindergärten, Schulen und übrigen Betreuungseinrichtungen oft die Beiziehung von Gebärdensprachdolmetschern, damit sie und ihre Kinder gegenüber anderen Familien nicht benachteiligt werden.

10.4 Grundsicherung verbessert Einkommenssituation

Das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Grundsicherungsgesetz hat zu einer spürbaren Verbesserung der Einkommenssituation behinderter Männer und Frauen und ihrer Familien geführt; die Eltern behinderter Kinder werden durch die Grundsicherung von ihrer lebenslangen Unterhaltspflicht entlastet.

Vor dieser Neuregelung war nach Einschätzung der Bundesvereinigung Lebenshilfe der Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt für volljährige geistig behinderte Menschen schwierig. Die Sozialämter gingen davon aus, dass Eltern ihre erwachsenen behinderten Kinder, die in ihrem Haushalt lebten, weiter finanziell unterstützten. Im Rahmen der Grundsicherung werden jetzt Eltern erst dann zum Unterhalt herangezogen, wenn ihr Jahreseinkommen 100 000 Euro überschreitet. Dies ermöglicht nicht nur der in der Grundsicherung fehlende Rückgriff auf das Einkommen von Eltern, sondern zusätzlich der Verzicht auf die bei der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII übliche Vermutung, dass sich in einem gemeinsamen Haushalt lebende Verwandte oder Verschwägerte gegenseitig mit Leistungen zum Lebensunterhalt unterstützen, soweit dies nach deren Einkommen und Vermögen erwartet werden kann (§ 36 SGB XII).

Die Unterhaltsbelastung für Eltern mit volljährigen behinderten Kindern in Einrichtungen hat sich durch die Begrenzung des Unterhaltsbeitrags auf 26 Euro im Monat seit 2001 für diejenigen entspannt, die zuvor hohe Unterhaltsbeiträge bis zur Abdeckung des vollen Bedarfs in der Einrichtung leisten mussten. Mit dem ab dem 1. Januar 2005 in Kraft tretenden SGB XII haben Eltern neben dem monatlichen Pauschalbetrag von 26 Euro wegen Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen oder Hilfe zur Pflege einen monatlichen Pauschalbetrag von bis zu 20 Euro zu den für das volljährige Kind erbrachten Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt beizusteuern. Mit dieser eingeschränkten, maßvollen Inanspruchnahme auch im Bereich der Hilfe zum Lebensunterhalt konnte erreicht werden, dass die Deckelung des Rückgriffs auf insgesamt 46 Euro pro Monat auch auf die Fälle erstreckt werden konnte, in denen diese Kinder nicht vollstationär untergebracht sind, sondern teilstationär oder zu Hause leben. Damit wurde erreicht, dass auch in diesen Fällen wiederkehrende belastende Bedürftigkeitsprüfungen vermieden werden können.

10.5 Familienentlastende Dienste

Seit Anfang der 80er-Jahre sind Familienentlastende und -unterstützende Dienste als eine neue Form ambulanter,

mobiler Hilfen entstanden. Durch sie können behinderte Menschen und ihre Angehörigen an Stelle einer umfassenden Versorgung in Einrichtungen zunehmend Formen ambulanter Unterstützung, Assistenz und Entlastung in Anspruch nehmen und im familiären Umfeld, im örtlichen Gemeinwesen und in der eigenen Häuslichkeit bleiben. 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. Häufig reicht jedoch allein die Bereitstellung ambulanter Angebote nicht aus, um die Doppelbelastung insbesondere behinderter Frauen abzubauen. Ohne weitere unterstützende Maßnahmen können diese Leistungen zur Teilhabe oft nicht in Anspruch nehmen. Deshalb wurden mit dem SGB IX die Haushaltshilfe und die Kinderbetreuung während der Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen verbessert. Außerdem wurde klargestellt, dass dort, wo es sinnvoll ist, Familienentlastende und -unterstützende Dienste einzubeziehen sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn Leistungen für behinderte Kinder oder für Kinder behinderter Eltern zu erbringen sind. Die gemeinsame Verantwortung der Rehabilitationsträger für ein fachlich und regional ausreichendes Angebot von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen umfasst auch Familienentlastende und -unterstützende Dienste.

Von den Verbänden wurde berichtet, dass die Nachfrage nach Familienentlastenden Diensten deutlich gestiegen sei. Durch eine konsequente Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ müssten ambulante Angebote weiter gestärkt und zum Teil weiter ausgebaut werden. Jedoch sei die Umsetzung aufgrund der damit verbundenen Kosten schwierig.

In Nordrhein-Westfalen wurden weitere Familienunterstützende Dienste aufgebaut. Hierfür sind neue Qualifizierungsmaßnahmen und -standards entwickelt worden. Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurden die örtlichen Hilfestrukturen und Qualitätsmerkmale von Netzwerken Offener Hilfen bewertet. Gemeinsam mit allen Beteiligten wurden Konzepte für individuelle und örtliche Hilfeplanung entwickelt und erprobt. Wichtig war dabei die Information über das gesamte Hilfeangebot sowie ein Netzwerk verschiedener Hilfeanbieter, über das die Einzelnen ihren „Hilfewarenkorb“ zusammenstellen und den zeitlichen Ablauf organisieren können.

In Hessen existieren mittlerweile in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt Familienunterstützende und Familienentlastende Dienste. Das Hessische Sozialministerium und der Landeswohlfahrtsverband leisten Zuwendungen für Beratungen für Familien mit behinderten Kindern und Angehörigen.

In Brandenburg sind mit Unterstützung des Landes in zwölf von 18 Landkreisen und kreisfreien Städten Familienentlastungs- oder -unterstützungsdienste entstanden.

In Baden-Württemberg gibt es 152 Familienentlastende Dienste, sodass der Bedarf weitgehend gedeckt ist. Zur Finanzierung der Dienste stellt das Land eine Grundförderung bereit.

In Bayern haben Wohlfahrts- und Behindertenverbände, Kommunen und Sozialleistungsträger sowie das Land gemeinsam ein flächendeckendes Netz von Diensten der Offenen Behindertenarbeit aufgebaut. Zu den Aufgaben der Offenen Behindertenarbeit gehören insbesondere

- die ambulante Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung,
- Hilfe bei der Führung eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens,
- Entlastung und Unterstützung der Familien mit behinderten Angehörigen sowie
- Informationen und Beratung zu allen Fragen des täglichen Lebens und Vermittlung von Hilfen.

10.6 Förderung durch die Kinder- und Jugendhilfe

Im Rahmen des SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe – bestehen Möglichkeiten zur Hilfe 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. Einen spezifischen Bedarf, der durch die Behinderung von Eltern entsteht, kann die Kinder- und Jugendhilfe zwar nicht ausgleichen, da diese Aufgabe der Eingliederungshilfe vorbehalten ist, aber diesen Eltern und ihren Kindern stehen im Übrigen sämtliche Leistungen des SGB VIII zur Verfügung. Von besonderer Bedeutung dürfte in diesem Kontext auch die Option sein, in Notsituationen eine Haushaltshilfe für einen begrenzten Zeitraum zur Betreuung und Versorgung von Kindern einzusetzen (§ 20 SGB VIII).

10.7 Tagesbetreuung ausgebaut

Die häusliche Betreuung behinderter Angehöriger ist 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 oft zur Einschränkung oder Aufgabe der Berufstätigkeit eines Elternteils führen. Zu berücksichtigen ist insbesondere, dass 80 Prozent der behinderten Kinder und Jugendlichen täglich zusätzlich besondere Hilfen benötigen und insgesamt ist mehr als ein Drittel der Kinder rund um die Uhr auf Hilfe und Pflege angewiesen.

Mit dem Tagesbetreuungsausbaugesetz trägt die Bundesregierung dem wichtigen gesellschaftspolitischen Ziel der gemeinsamen Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung Rechnung. Das Tagesbetreuungsausbaugesetz sieht für Tageseinrichtungen die gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung in Gruppen vor, sofern der Hilfebedarf dies zulässt.

Das Ziel einer gemeinsamen Förderung kann allerdings nur durch eine enge Zusammenarbeit der Träger der Jugendhilfe und der Träger der Sozialhilfe erreicht werden. Denn bis heute wird die gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung durch strukturelle Barrieren, insbesondere die Zuständigkeitsaufteilung zwischen Jugendhilfe (nichtbehinderte und seelisch behinderte Kinder) sowie Sozialhilfe (körperlich und geistig behinderte Kinder) erschwert. Darüber hinaus erfordert sie eine entsprechende Ausstattung der Gruppen, um den erhöhten Anforderungen integrativer Erziehung und den Bedürfnissen der behinderten Kinder gerecht zu werden, sowie der für die Entwicklung der Kinder notwendigen therapeutischen Förderung.

10.8 Wohnraumangebote für behinderte Menschen

Auch behinderte Menschen haben das Recht, sich als Erwachsene von ihrer Familie zu lösen und andere, selbstständigere Lebensformen zu erproben. Die Lösung von der Familie setzt das Vorhandensein alternativer Wohnangebote und -plätze voraus. Probleme gibt es allerdings in Regionen, in denen Wohnangebote und -plätze für behinderte Menschen noch nicht in ausreichender Anzahl vorhanden sind. Die Bemühungen der Länder, Behinderten- und Wohlfahrtsverbänden um ein größeres Wohnangebot für behinderte Menschen sollten daher gemäß dem Prinzip „ambulant vor stationär“ weiter fortgesetzt werden.

Die Vorbereitung im Elternhaus und in der Schule auf ein künftiges möglichst selbstständiges Leben muss frühzeitig beginnen. Angebote familienentlastender Hilfen sollten den Lösungsprozess vom Elternhaus für heranwachsende behinderte Menschen unterstützen, damit über das Verbleiben im Elternhaus der Wunsch des Einzelnen entscheidend ist. Außerdem sollten ausreichend wohnortnahe Wohnmöglichkeiten unterschiedlicher Formen geschaffen werden.

10.9 Sexualität und Behinderung

Inzwischen haben behinderte Menschen eine bessere Chance als früher, auch in der Sexualität ihre Selbstbestimmung zu leben. 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 Selbstständigkeit 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. Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung werden nach wie vor kontrovers diskutiert. Die Diskussion verläuft vor allem dann negativ, wenn die Menschen auf Hilfen im Alltag angewiesen sind. Dann nämlich wird ihnen häufig selbstbestimmtes Entscheiden über ihr Leben abgesprochen. Im Zusammenhang mit sexueller Selbstbestimmung ist die sexualisierte Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung besonders tabuisiert, sei es, dass sie Opfer oder Täter sind. Die wissenschaftliche Forschung zu dieser Thematik ist begrenzt.

Aus diesem Grund förderte das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend ein Bundesmodellprojekt vom November 1999 bis November 2003 „Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung“. Dieses Modellprojekt hat in Kooperation mit zwei Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe auf der Grundlage sozialwissenschaftlicher Forschung Umsetzungsmodalitäten für ein pädagogisch-psychologisches Konzept zum Umgang mit Sexualität und sexualisierter Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe entwickelt.

Die Mainfränkischen Werkstätten in Würzburg und der Verein Wildwasser führen seit 2003 ein Modellprojekt zur Prävention vor sexueller Gewalt gegen Frauen durch, da einerseits der sexuelle Missbrauch von Frauen und Mädchen mit Behinderung weitestgehend tabuisiert ist, andererseits behinderte Frauen stärker gefährdet sind: Sie sind abhängiger von Betreuung und anderen Menschen; ihre natürlichen Schamgrenzen können durch Pflegebedürftigkeit häufig nicht gewahrt werden. Behinderte Frauen erleben sich als ohnmächtig, haben oft das Neinsagen nicht gelernt, sie haben oft Schwierigkeiten im Umgang mit Nähe und Distanz. Ziel des Projektes ist die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstbestimmung behinderter Frauen (und Männer). Es soll in dem sensiblen Bereich der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung ein Stück Normalität erreicht werden. Für viele im Projekt befindliche Frauen war es ungewohnt, Bedürfnisse artikulieren und Gefühle ausdrücken zu können. Insbesondere fragten sie nach Möglichkeiten der Hilfe oder wie sie sich bei Übergriffen zur Wehr setzen können. Mit einem zweitägigen Wen-Do-Kurs konnten sie sich körperlich erproben. Wildwasser stellte im Rahmen des Projektes eine Broschüre über sexuelle Gewalt zusammen, die sich sowohl in der Sprache wie in Bildern an Frauen mit Behinderung wendet. Im Projektverlauf wurden von Teilnehmerinnen eigene Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen thematisiert, von den Mainfränkischen Werkstätten wurden diese aufgegriffen und verfolgt.

10.10 Sterilisationsverfahren in besonderen Fällen

Nach der durch das Betreuungsgesetz seit 1992 geschaffenen Rechtslage dürfen Sterilisationen bei geistig behinderten Menschen nur noch unter engen Voraussetzungen

und nach Durchführung eines gerichtlichen Genehmigungsverfahrens vorgenommen werden. Der Eingriff bei Minderjährigen ist ausnahmslos verboten. Der Bundestag hat die Bundesregierung aufgefordert, in regelmäßigen Zeitabständen über Erfahrungen mit der Sterilisationsregelung zu berichten. Mit Beschluss vom 18. Juni 1998 hat der Bundestag die Bundesregierung gebeten, ihn in einer ihr geeignet erscheinenden Form über neuere Entwicklungen auf dem Gebiet der Sterilisation einwilligungsunfähiger Volljähriger zu unterrichten (Bundestagsdrucksache 13/11033).

Nach vorliegenden Statistiken gab es in den Jahren 1998 bis 2003 Verfahren zur Genehmigung einer Sterilisation nach § 1905 BGB mit leichten Schwankungen auf vergleichsweise niedrigem Niveau:

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ablehnungen	29	29	16	8	15	26
Genehmigungen	70	101	46	61	88	80

Quelle: Bundesministerium der Justiz

Diese Zahlen belegen, dass die überaus strengen Voraussetzungen des § 1905 BGB sowie die in § 69d des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) verankerten Verfahrensgarantien das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel zu erreichen scheinen, Sterilisationen einwilligungsunfähiger Erwachsener auf Ausnahmefälle zu beschränken.

10.11 Sexuaufklärung und -beratung

Eltern mit geistiger Behinderung brauchen Hilfsangebote, um ihnen zu helfen, mit ihrer Sexualität umzugehen und sie bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen. Ein Problem dabei ist die geteilte Zuständigkeit, nach der für Menschen mit Behinderung grundsätzlich die Eingliederungshilfe zuständig ist, das Recht des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) aber auch für Familien gilt, in denen die Eltern geistig behindert sind. Es ist weiterhin notwendig, Fachdienste für das Thema Elternschaft von Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren und Fachwissen einzubinden – so z. B. in die Sozialpädagogische Familienhilfe.

Die sexuelle Erziehung behinderter Menschen und ihre Aufklärung ist zunächst Aufgabe ihres Elternhauses. Allerdings sind nur wenige Angebote für die sexuelle Aufklärung behinderter Mädchen und Jungen vorhanden. Die Lebenshilfe hat hierzu geeignete Materialien erarbeitet, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und (im begrenzten Umfang) auch Pro Familia und andere Verbände haben hierzu ebenfalls Materialien erstellt und Fortbildungen durchgeführt.

Für den Bereich der Sonderschulen gibt es keine verbindlichen Vorgaben für einen Sexualkundeunterricht in den Lehrplänen. Die Vermittlung bleibt also dem Engagement der einzelnen Lehrer vorbehalten. Es ist davon auszuge-

hen, dass hier in der Wissensvermittlung Lücken bestehen, die durch eine Aufnahme der Sexualkunde in die Lehrpläne geschlossen werden könnten.

Die Zunahme von selbstbestimmten Lebensformen, so z. B. das ambulant betreute Wohnen, unterstützt emanzipatorische Ansätze zu einer selbstbestimmten Sexualität. Zwischenzeitlich hat sich die Betreuungssituation in Deutschland verbessert; die Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen und den Fähigkeiten von Eltern mit Lernbeeinträchtigung/geistiger Behinderung und ihren Kindern ist gewachsen. So gibt es zumindest zwölf spezifische Einrichtungen in Deutschland, die (auch) geistig behinderte Eltern unterstützen; davon sind fünf ambulant und sieben stationär. Weit darüber hinaus wird in regionalen Wohnassistenzen auch der Versuch gestartet, Eltern und Kindern die notwendige und bedarfsgerechte Hilfe zu geben.

Die besondere Gefährdung behinderter Mädchen und Frauen liegt meist in ihrer Lebenssituation begründet, viele von ihnen leben in fremdbestimmten, reglementierenden Strukturen, in Abhängigkeit von anderen Personen wie Erziehern und Pflegepersonal. Die Grenzen zwischen Nähe und Distanz sind somit häufig sehr verschwommen. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Stärken ist Grundvoraussetzung, um Übergriffe zu erkennen und sich dagegen zur Wehr setzen zu können. Daher werden die durch das SGB IX im Rahmen des Rehabilitationssports verankerten Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse für behinderte Mädchen und Frauen als wichtiges Präventionsmittel gegen sexuelle Gewalt angesehen. Informationsmaterialien zur Aufklärung über Hilfsangebote und rechtliche Möglichkeiten bei häuslicher und sexueller Gewalt müssen behinderten Frauen und Mädchen zugänglich gemacht werden. Gegenwärtig wird im Freistaat Sachsen ein Informationsblatt über Hilfsangebote bei häuslicher Gewalt in Blindenschriftform und als Hörkassette herausgegeben, eine Auflage in einfacher Sprache ist ebenfalls geplant.

10.12 Frauen mit Behinderung

Etwa vier Millionen Frauen leben in Deutschland mit einer geistigen, körperlichen oder seelischen Beeinträchtigung. Obwohl es die typische „behinderte Frau“ nicht gibt, werden Frauen mit Behinderung als Frauen und als behinderte Menschen oft doppelt benachteiligt. Das gilt besonders für die Erwerbstätigkeit: Behinderte Frauen sind von allgemeiner Arbeitslosigkeit stärker betroffen als behinderte Männer. Der Mikrozensus 2003 weist aus, dass nur 18 Prozent der Frauen und Mädchen mit Behinderung erwerbstätig waren – dieser Zahl standen 24 Prozent der Männer mit Behinderung gegenüber.

In dem im Herbst 2000 novellierten Schwerbehindertengesetz wurden die Arbeitgeber verpflichtet, im Rahmen der Erfüllung der Verpflichtung zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen in angemessenem Umfang schwerbehinderte Frauen zu beschäftigen und bei der Integrationsvereinbarung die Belange schwerbehinderter Frauen besonders zu berücksichtigen. Im Weiteren wurden auch die Träger von Integrationsfachdiensten ver-

pflichtet, bei der Besetzung der Stellen mit Fachkräften einen angemessenen Teil dieser Stellen mit schwerbehinderten Frauen zu besetzen. Das SGB IX ist mit einer Vielzahl von weiteren Regelungen auf die besonderen Belange behinderter Frauen eingegangen. Auch das BGG berücksichtigt die besonderen Belange behinderter Frauen.

Anfang der 80er-Jahre wurden in Deutschland erstmals Selbsthilfegruppen behinderter Frauen gegründet. In den vergangenen Jahren haben Frauen mit Behinderungen ihre eigene Identität und ein stärkeres Selbstbewusstsein entwickelt. Anfang der 90er-Jahre haben sich Frauen mit Behinderung in Netzwerken zusammengeschlossen. Zunächst gab es diese Netzwerke auf Länderebene, 1996 gründete sich ein Zusammenschluss von Frauen mit Behinderung auf Bundesebene, der sich 1998 unter dem Namen „Weibernetz e. V. – Bundesnetzwerk von Frauen-Lesben und Mädchen mit Beeinträchtigungen“ als Verein konstituierte. Weibernetz e. V. ist als Interessenvertretung behinderter Frauen Mitglied im Deutschen Behindertenrat.

In den letzten Jahren sind vermehrt Veröffentlichungen zur Situation behinderter Frauen erschienen, oft von Betroffenen verfasst. Das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend hat 2003 eine umfassende Informationsbroschüre „Einmischen – Mitmischen für behinderte Frauen und Mädchen“ veröffentlicht, die aus der Perspektive behinderter Frauen für behinderte Frauen geschrieben wurde.

10.13 Sexuelle Gewalt

Nach Angaben der Vereinten Nationen sind behinderte Frauen und Mädchen doppelt so oft von sexueller Gewalt betroffen wie nichtbehinderte Frauen und Mädchen.

Der Grund hierfür ist, dass behinderte Frauen (und Männer) Grenzverletzungen oft im Rahmen der gängigen Therapien und Behandlungsmaßnahmen erlebt haben. Sie haben gelernt, diese zugunsten des Therapieerfolges nicht zu thematisieren (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen“, Bundestagsdrucksache 15/3154). Eine Grenzüberschreitung im Rahmen eines sexuellen Übergriffs ist für sie daher erheblich schwerer erkennbar, als für nichtbehinderte Frauen und Mädchen. Ein sexueller Übergriff wird oft „nur“ als ein Vorfall unter mehreren Gewalterlebnissen (physischer oder psychischer Art) erlebt.

Ähnliche Vorkommnisse erleben behinderte Frauen und Männer in ihrem gesamten Lebensumfeld, in der Familie, den Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Räumen der Rehabilitationsmaßnahmen. Persönliche Verunsicherung, ein problematisches Selbstbild, seelische Belastungen oder Erkrankungen und eine erhebliche Gefährdung des Erfolgs der Rehabilitationsmaßnahmen sind die Folge.

Nach Erkenntnissen der Bundesregierung sind etwa 10 Prozent der rund 400 Frauenhäuser in Deutschland barrierefrei, sodass dort eine Aufnahme von Frauen mit körperlichen Behinderungen grundsätzlich möglich ist.

Die Aufnahme einer Frau z. B. im Rollstuhl erfordert aber nicht nur einen barrierefreien Zugang zu Wohn- und Gemeinschaftsräumen sowie rollstuhlgerechte sanitäre Anlagen, sondern auch ein Mindestmaß an personellen Kapazitäten, um dem individuellen zusätzlichen Unterstützungsbedarf dieser Frau gerecht zu werden. Daher ist eine Intensivbetreuung von Frauen mit Behinderung in Frauenhäusern in der Regel ausgeschlossen.

10.14 Sexualstrafrecht reformiert

Die am 1. April 2004 in Kraft getretene Reform des Sexualstrafrechts hat zu folgenden Änderungen geführt: Der Beischlaf mit widerstandsunfähigen Menschen (§ 179 StGB) wurde an den Strafrahmen der Vergewaltigung (§ 177 StGB) angepasst. Nebenklageberechtigte Personen, die aufgrund ihrer Behinderung ihre Interessen nicht ausreichend wahrnehmen können, haben jetzt einen Anspruch auf Beordnung eines Opferanwalts. Dies gilt auch dann, wenn die Voraussetzungen der Prozesskostenhilfe nach § 397a Abs. 2 StPO nicht gegeben sind. Außerdem wurde der minderschwere Fall des sexuellen Missbrauchs Widerstandsunfähiger gestrichen.

Die prozessuale Vertretung geistig behinderter Opfer wurde verbessert. Sie können nun – wie Kinder unter 16 Jahren – eine anwaltliche Nebenklage auf Staatskosten auch dann erhalten, wenn die Voraussetzungen der Prozesskostenhilfe nach § 397a Abs. 2 StPO nicht gegeben sind. § 397a Abs. 1 Satz 2 StPO gilt damit auch für eine Person, die „ihre Interessen ersichtlich nicht selbst ausreichend wahrnehmen kann“.

Das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend hat eine Aufklärungsbroschüre zum Beschäftigtenschutzgesetz in einfacher Sprache zur Prävention vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz herausgegeben, die speziell zur Beratung in Werkstätten für behinderte Menschen geeignet ist.

10.15 Förderung von Familienferienstätten

Freizeit ist auch und gerade für Familien mit behinderten Angehörigen erforderlich, um Kraftreserven wieder aufzufüllen. Daher hat eine Reihe von Ländern Maßnahmen ergriffen, um Familien mit behinderten Angehörigen Erholung und Zugang zur Kultur zu ermöglichen.

Im Rahmen des Bundeswettbewerbs „Willkommen im Urlaub – Familienzeit ohne Barrieren“ im Europäischen Jahr für Menschen mit Behinderungen 2003 wurden vorbildliche, familienorientierte und barrierefreie Angebote von Tourismuskommunen und Beherbergungsbetrieben ausgezeichnet und der Öffentlichkeit vorgestellt.

11. Alter und Behinderung

11.1 Keine Ausgrenzung im Alter

Behinderte Menschen sollen auch im Alter ohne Ausgrenzung am Leben in der Gesellschaft teilnehmen. Hierfür sind Rahmenbedingungen erforderlich, die ein Altern von behinderten Menschen in größtmöglicher Selbstständigkeit und Würde ermöglichen.

In unserer alternden Gesellschaft wird die Bedeutung der Gesundheitsdienstleistungen und der gesundheitsbezogenen Geschäftsfelder wachsen. Prävention und Gesundheitsförderung werden immer wichtiger, um Krankheit, vorzeitige Verrentung und Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Die Zahl und die Dauer von Krankenhausaufenthalten wachsen, auch der Verbrauch von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln wird steigen. Der Fortschritt in der Medizin wird erhebliche Auswirkungen auf die zukünftige Morbiditätsentwicklung haben. In einer älter werdenden Gesellschaft werden neue Formen der Therapie und Rehabilitation in den Vordergrund treten. Wenn keine stärkeren Anstrengungen im Bereich der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation unternommen werden, wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten 40 Jahren verdoppeln.

Die Bundesregierung wird vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der zunehmenden Anzahl von Menschen mit Behinderung im Rahmen der Reform um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung darauf hinwirken, dass Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sich an den Teilhabezielen des SGB IX orientieren, dass alle Rehabilitationsträger des SGB IX die notwendigen Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit erbringen (§§ 4 und 5 SGB IX, „Reha vor Pflege“) und dass Pflegebedürftigkeit in keinem Fall dazu führt, dass erforderliche Leistungen zur Teilhabe nicht erbracht werden.

Erste Ansätze hierzu haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Pflegekassen sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bereits entwickelt:

- Die „Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation“ sowie die „Begutachtungshilfe Geriatrische Rehabilitation“ für MDK-Gutachter und Mitarbeiter der Krankenkassen tragen zu einer qualifizierten Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose bei. Sie beinhalten darüber hinaus Kriterien für eine sozialmedizinisch fundierte Allokationsempfehlung für die (geriatrische) Rehabilitation.
- Systematische Fortbildung der MDK-Gutachter zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs der Versicherten und zur Abgabe von Empfehlungen über notwendige Leistungen zur Rehabilitation.
- Sicherstellung der Weitergabe und Umsetzung der Empfehlungen des MDK zur Rehabilitation.

11.2 Gesundes Altern

Mit dem vorgesehenen Präventionsgesetz werden Rahmenbedingungen geschaffen, die dazu beitragen, Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung auch bei älteren Menschen besser als bisher auszuschöpfen.

Im Rahmen der Arbeit des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung werden grundsätzliche Strategien und Konzepte entwickelt, durch deren Umset-

zung die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit im Alter verbessert und Funktionseinbußen vermieden werden können. Diese Botschaften sind in einer Broschüre und im Internet verfügbar. Sie werden Grundlage für Awareness-Kampagnen zum gesunden Altern sein.

Hier wird die besondere Berücksichtigung der Lebenssituation älterer, behinderter Frauen erforderlich. Denn während nach dem Mikrozensus 2003 bis zu 75 Jahren mehr Männer als Frauen schwerbehindert waren, ändert sich dieses Muster ab 75 Jahren aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen. Anders als bei über 80-jährigen behinderten Männern, die laut Mikrozensus 2003 nur zu 26,2 Prozent in Einpersonenhaushalten leben, aber zu 69,5 Prozent in Zweipersonenhaushalten, wird hier die Selbstversorgungskompetenz älterer, behinderter Frauen deutlich. Sie leben im Alter von über 80 Jahren zu 75,2 Prozent in Einpersonenhaushalten und zu 18,5 Prozent in Zweipersonenhaushalten. Diese Ergebnisse zeigen, dass bei der Entwicklung von Konzepten zur Rehabilitation für ältere Menschen in allen Bereichen der Geriatrie und der Pflege die besonderen Bedarfe älterer, behinderter Frauen explizit mit einbezogen werden müssen.

Als ein wichtiger Meilenstein in diesem Prozess hat der 1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung („Gesellschaft mit Zukunft – Altern als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung“) am 29./30. April 2004 stattgefunden. Informationen lassen sich unter www.forumpraevention.de abrufen.

11.3 Rehabilitationsangebote und Teilhabe behinderter älterer Menschen

Der Aufbau eines Rehabilitationsangebots auch für ältere Menschen ist in erster Linie unter dem Gesichtspunkt geboten, die Lebensqualität und Teilhabechancen im Alter zu gewährleisten. 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 unter Berücksichtigung des Teilhabegedankens.

Die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ hat bereits in ihrem Zwischenbericht 1994 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.

In dem Abschlussbericht 2002 wird die Notwendigkeit verstärkter ambulanter geriatrischer Rehabilitationsangebote betont und unterstrichen, dass insbesondere eine frühzeitige Prävention Pflegebedürftigkeit abwenden oder herauszögern kann.

11.4 „Qualitätssiegel Geriatrie“ erarbeitet

Die „Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatri-schen Einrichtungen e. V.“ setzt sich mit seinen Mitgliedern für eine enge Verzahnung der Akutgeriatrie und geriatrischen Rehabilitation ein.

Zentrales Anliegen der Arbeitsgemeinschaft ist die Schaffung eines einheitlichen und vor allem transparenten Qualitätsmaßstabes. Dazu wurde bereits kurz nach der Gründung der Arbeitsgemeinschaft ein eigenes Benchmarksystem eingeführt. Darauf aufbauend entwickelt die Bundesarbeitsgemeinschaft zusammen mit den Fachgesellschaften zurzeit ein eigenständiges „Qualitätssiegel Geriatrie“.

11.5 Geriatrische Rehabilitation weiterentwickelt

Die geriatrische Versorgung hat sich in den vergangenen Jahren bedeutend weiterentwickelt. Inzwischen können bis zu 80 Prozent der geriatrischen Patienten, bei denen vorab ein Rehabilitationspotenzial festgestellt wurde, wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden.

Die Planung der geriatrischen Versorgung erfolgt in den einzelnen Ländern auf unterschiedliche Weise: Besondere Geriatriepläne bzw. -konzepte gibt es in neun Ländern (Bayern, Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen); in anderen Ländern erfolgt die Planung innerhalb der Krankenhauspläne, wobei die Geriatrie teilweise gesondert ausgewiesen wird.

Eine Umfrage der Bundesregierung bei den zuständigen Länderministerien aus dem Jahre 2000 ergab, dass sich die Anzahl der stationären geriatrischen Einrichtungen seit 1993 fast vervierfacht und die Anzahl der teilstationären geriatrischen Einrichtungen seit 1993 sogar verzehnfacht hat. So waren zum Erhebungszeitpunkt im Jahr 2000 bereits 316 stationäre geriatrische Einrichtungen sowie 136 geriatrische Tageskliniken in Betrieb. Im Bundesschnitt stehen nunmehr ca. 20 geriatrische Betten sowie 3,2 teilstationäre Plätze pro 100 000 Einwohner zur Verfügung.

Für die flächendeckende Versorgung mit Rehabilitationseinrichtungen sind die Länder und Rehabilitationsträger zuständig. Die Bundesregierung hat in der Zeit von 1980 bis 2002 den Aufbau einer adäquaten geriatrischen Versorgungsstruktur im Rahmen ihres Modellprogramms zur Förderung von Modelleinrichtungen der medizinischen Rehabilitation unterstützt. Das Förderprogramm des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung umfasste – mit Schwerpunkt in den Jahren 1993 bis 1999 – insgesamt 21 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen mit einem Fördervolumen von ca. 150 Mio. Euro.

11.6 Geriatrische Versorgung soll Pflegebedürftigkeit vermeiden

Geriatrische Rehabilitation zeichnet sich durch einen ganzheitlichen und patientenzentrierten Ansatz aus. Aufgrund der besonderen Situation der multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten stellt sie eine Kombination aus Rehabilitation, Kuration und Gesundheitsförderung dar. Soweit die geriatrischen Patientinnen und Patienten rehabilitationsfähig und -bedürftig sind, kann durch gezielte geriatrische Rehabilitation die Krankheitsdauer verkürzt, Pflegebedürftigkeit vermieden oder verringert und Selbstständigkeit erhalten oder zurückgewonnen werden.

Geriatrische Rehabilitation beginnt mit einer eingehenden Erfassung von Defiziten und Potenzialen, dem so genannten Assessment. Dieses umfasst eine medizinische, funktionelle und psychosoziale Diagnostik. Aufgrund der dabei erhobenen Daten wird das Rehabilitationspotenzial bestimmt und ein individueller Behandlungsplan festgelegt.

Zu den geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen gehören u. a.

- aktivierende ganzheitliche Pflege,
- Maßnahmen der Behandlungspflege mit Beginn unmittelbar nach Eintreten einer krankhaften Störung,
- Physiotherapie,
- 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.

Zur Kontrolle und Qualitätssicherung werden die Assessments im Rehabilitationsverlauf wiederholt. Die Mitarbeit des interdisziplinären geriatrischen Teams ist im Gesamtprozess gefordert. Die Verantwortung für Verordnung rehabilitativer Maßnahmen und die genaue Beobachtung der Betroffenen während der Rehabilitation liegen beim ärztlichen Leiter des Teams, damit eine rechtzeitige Weichenstellung erfolgen kann. Behandlungsentscheidungen müssen nach Rücksprache mit dem Team, den Betroffenen und ihren Angehörigen durch die Ärzte getroffen werden.

11.7 Ambulante geriatrische Rehabilitation

Modellversuche zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation haben erwiesen, dass die in der stationären geriatrischen Rehabilitation geforderten Qualitätsstandards (z. B. multiprofessionelle Teams, interdisziplinäre Behandlungsplanung sowie geriatrisches Assessment) auch im ambulanten Bereich umsetzbar sind. So ist es gelungen, die Selbstversorgungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten aufrecht zu erhalten bzw. wieder herzustellen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit dauerhaften Beeinträchtigungen zu verbessern sowie Folgeschäden zu verhindern.

Zudem ist ambulante Rehabilitation kostengünstiger als stationäre Rehabilitation. Ihr Auf- und Ausbau sollte vorwiegend in Ballungsgebieten erfolgen, damit eine Auslastung der Einrichtungen auch gewährleistet ist. Nur in einem entsprechend strukturierten flächendeckenden Angebot können die Empfehlungen der medizinisch/pflegerischen Gutachter auch zielführend umgesetzt werden.

Die mobile Rehabilitation vereinigt die Stärken des ambulanten Bereiches (Therapie direkt am Wohnort der Patientin oder des Patienten) mit denen des stationären Bereiches (große Therapiedichte, multiprofessionelles Team). Eine enge Koordinierung und Kommunikation erfolgt mit allen anderen für die Versorgung der Patientin oder des Patienten zuständigen Institutionen. Umsetzungsprobleme zeigen sich zum einen in der durch räumliche Distanzen durchaus begrenzten Aufnahme von Patienten sowie im Defizit an niedergelassenen Therapeuten.

Die Krankenkassen sind bereit, mit den Leistungserbringern Verträge nach § 40 SGB V abzuschließen. Gleichwohl ist die Überführung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in die ambulante bzw. mobile geriatrische Rehabilitation noch verbesserungsbedürftig.

Die am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen „Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation“ stellen durch die Flexibilisierung des Leistungsangebotes einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten rehabilitationsmedizinischen Versorgung dar. Darüber hinaus werden die Voraussetzungen für die weiter gehende Evaluierung der Effizienz und Qualität der Leistungen dieses Versorgungssektors geschaffen.

Außerdem wird im Rahmen der Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes derzeit der Aus- und Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen vorangetrieben. Auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation werden im gesamten Bundesgebiet Verträge zur Erbringung ambulanter indikationsspezifischer Rehabilitation geschlossen.

11.8 Versorgungsschwerpunkt gerontopsychiatrischer Bereich

Ein gesundheitlicher Versorgungsschwerpunkt älterer Menschen liegt zunehmend im gerontopsychiatrischen Bereich. Epidemiologischen Studien zufolge liegt bei etwa einem Viertel aller über 65-Jährigen eine psychische Störung vor, die diese in ihrem Wohlbefinden oder in der Wahrnehmung ihrer Kompetenz beeinträchtigt. Grundsätzlich lässt sich auch im Alter das gesamte Spektrum psychiatrischer Krankheitsbilder finden, obgleich die Häufigkeit unterschiedlich verteilt ist. Hervorzuheben sind die besonderen Bedürfnisse der psychisch erkrankten älteren Menschen, die sich aus körperlichen Begleiterkrankungen bis hin zur schweren Multimorbidität ergeben.

Das Risiko demenzieller Erkrankungen steigt mit dem Alter. An einer Demenz leiden in Deutschland etwa 1,2 Millionen Menschen – mit steigender Tendenz. Im Alter zwischen 65 und 69 Jahren ist jeder Zwanzigste betroffen, aber zwischen 80 und 90 Jahren schon fast jeder Dritte.

Experten rechnen für das Jahr 2030 mit 2,5 Millionen Betroffenen. Demenzielle Erkrankungen stellen den Hauptgrund für umfassende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit dar und sind inzwischen der häufigste Anlass für eine Heimunterbringung alter Menschen. Ausbau und Weiterentwicklung eines bedürfnisgerechten und innovativen Versorgungssystems für die rasch wachsende Gruppe Demenzerkrankter und Maßnahmen der Begleitung wie Beratung pflegender Angehöriger sind besonders dringlich, wenn eine Überforderung der Pflegenden vermieden und die Qualität der Pflege gesichert werden soll.

Für Menschen mit Demenz ist ein rehabilitativer Versorgungsansatz von besonderer Bedeutung, um Ressourcen so lange wie möglich zu erhalten. Das gelingt am besten über ein den individuellen Bedürfnissen angepasstes Angebot, das zunehmende Defizite kompensierend auffängt und ein zugleich stimulierendes Umfeld anbietet. Heime stellen sich zunehmend in baulicher, personeller und pflegeorganisatorischer Hinsicht auf diese Erfordernisse ein. Die bislang vorliegenden Erkenntnisse aus verschiedenen Forschungs- und Evaluierungsarbeiten sprechen für eine Betreuung in überschaubaren, möglichst homogenen und alltagsorientierten Wohngruppen.

Gute Erfahrungen hinsichtlich einer möglichst langen Selbstständigkeit wurden mit dem stationären Programm der Selbsterhaltungstherapie (SET) gemacht. Im Rahmen der SET werden Familien dazu angeleitet, die individuell vorhandenen Ressourcen (u. a. noch erhaltene Fähigkeiten der Kranken, geeignete Beschäftigungsmöglichkeiten und Kommunikationsformen) im Alltag einzusetzen und möglichst lange zu erhalten bzw. weiterzuentwickeln. Es wird besonderer Wert auf den Bezug zu eigenen Interessen der Kranken, die lebensgeschichtlich wie auch durch krankheitsbedingte Kompetenzverluste bestimmt sind, gelegt.

Da eine Dauerwirkung der Behandlung nur unter der Miteinbeziehung von ortsnahen, ärztlichen und psychosozialen Hilfsangeboten, dabei auch Selbsthilfeinitiativen, möglich ist, wendet sich das Alzheimer Therapiezentrum an psychosoziale Einrichtungen, u. a. auch in Form von schriftlichen, sehr umfassenden, individuell und interdisziplinär vorbereiteten therapeutischen Empfehlungen, um eine Planung und eine Koordination der ortsnahen Versorgung des jeweiligen Kranken und seiner betreuenden Angehörigen zu unterstützen.

11.9 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

Nach dem seit dem 1. Januar 2002 geltenden Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz können bereits eingestufte Pflegebedürftige in der ambulanten und teilstationären Pflege bei Vorliegen eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (z. B. Demenz) einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr erhalten. Der Betrag ist einsetzbar für teilstationäre Pflegeangebote, gerontopsychiatrische Behandlungsangebote ambulanter Dienste und so genannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, wie z. B. Betreuungsgruppen für Demenzerkrankte.

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen bzw. für Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte wurde darüber hinaus ein bundesweiter Fonds mit 10 Mio. Euro im Kalenderjahr eingerichtet, der Fördermittel der Länder oder Kommunen in gleicher Höhe ergänzt. Mit diesem Betrag können Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit Demenz weiterentwickelt werden. Das Gesetz sieht zwei „Förderschienen“ vor: Einerseits können geförderte Betreuungsgruppen ausgebaut werden, andererseits können mit Modellvorhaben Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzerkrankte Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden.

Im Rahmen dieser Angebote können bürgerschaftlich engagierte eine Schulung sowie fachliche Begleitung für die niedrigschwellige Betreuung demenzerkrankter Menschen erhalten. Dies bietet die Chance einer zusätzlichen Qualität der Pflege und zugleich eines Brückenschlags in die Gesellschaft, den es zu nutzen gilt. Ergebnisse aus dem „Modellprogramm Altenhilfestrukturen der Zukunft“ belegen, dass erstaunlich viele Menschen bereit sind, sich auf freiwilliger Basis bei der Betreuung Demenzerkrankter mit einzubringen.

11.10 Besonderheiten bei der Wohnsituation im Alter beachten

Die Pflegeeinrichtung kann für einen älteren behinderten Menschen oft nicht die fachlich angemessene und erforderliche Begleitung und Assistenz sicherstellen. Insbesondere für geistig behinderte Menschen müssen zur sozialen Integration kleine pädagogisch betreute Wohnformen geschaffen werden. In den Wohneinrichtungen müssen auch tagsüber altersspezifische Angebote zur Verfügung stehen.

In Nordrhein-Westfalen wird das Angebot an betreuten Wohnformen beständig ausgebaut. Hierzu wurde die Zuständigkeit für das betreute Wohnen bei den Landschaftsverbänden gebündelt, die bisher nur die Strukturverantwortung für den stationären Bereich hatten. In enger Kooperation mit den kommunalen Spitzenverbänden und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege haben die Landschaftsverbände neue Verfahren und Instrumente der Planung und Finanzierung entwickelt. Die praktische Umsetzung des Reformkonzepts hat bereits zu einer deutlichen Zunahme an ambulanten Angeboten geführt.

Brandenburg hat im Jahre 2003 „Vorläufige Empfehlungen – Entwicklung von Konzepten zur Gestaltung der Lebens- und Wohnbedingungen für alt gewordene Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen – für den Umgang mit älter werdenden Menschen mit Behinderungen“ für die Einrichtungsträger erarbeitet. Die Träger stellen differenzierte Angebote in der Tagesgestaltung bereit, die den Bedürfnissen, Besonderheiten und Fähigkeiten der älter werdenden Bewohner entsprechen. Dabei werden auch die Wünsche der betroffenen Menschen berücksichtigt.

In absehbarer Zeit werden immer mehr behinderte Menschen die Werkstätten für behinderte Menschen aus

Altersgründen verlassen. Sie benötigen dann neue tagesstrukturierende Hilfen. Nordrhein-Westfalen hat hierzu eine Studie beim Landesverband Nordrhein-Westfalen für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. in Auftrag gegeben.

11.11 Abgrenzung Pflegeversicherung/ Eingliederungshilfe

Mit der Einführung der Pflegeversicherung stellte sich für pflegebedürftige behinderte Menschen in Einrichtungen die Frage der Abgrenzung der Pflegeversicherungsleistungen zu Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Bundessozialhilfegesetz und damit danach, 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 Prozent des Heimentgelts, höchstens jedoch 256 Euro monatlich, an den Kosten der Unterbringung eines pflegebedürftigen behinderten Menschen 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.

12. Pflege

12.1 Pflege als eigenständige Aufgabe der Sozialversicherung

Pflegebedürftigkeit ist ein allgemeines Lebensrisiko, für das es trotz der zwischen Pflege und Krankheit oftmals fließenden Grenzen bis Anfang 1995 keinen eigenständigen sozialversicherungsrechtlichen Schutz gab. Die mit der Pflege verbundenen Belastungen mussten vielmehr grundsätzlich die Pflegebedürftigen und ihre Familien tragen. Diese Belastungen sind jedoch oft so groß, dass sie die individuelle Leistungsfähigkeit überfordern. Veränderungen in den Lebensbedingungen und familiären Beziehungen führen zudem zu einer weiteren Zunahme der Kleinfamilie und der Einpersonenhaushalte; diese Entwicklungen erschweren die häusliche Pflege in der Familie.

Mit Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 wurde die Pflege als eigenständige Aufgabe der Sozialversicherung zu einem gesellschaftlichen Thema gemacht. Ebenso rückte die Notwendigkeit einer nachhaltigen Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege verstärkt in das Blickfeld öffentlichen Interesses. Die Pflegeversicherung ist angesichts der demographischen Entwicklung zu einem unverzichtbaren Zweig der sozialen Sicherung geworden. Pflege ist eine Gemeinschaftsaufgabe, für deren Erfüllung jeder in seinem Aufgabenbereich Verantwortung trägt, ob Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und -kassen, aber auch private Initiativen.

12.2 Pflegeversicherung fördert Selbstbestimmung

Die Pflegeversicherung gliedert sich in die soziale Pflegeversicherung und in die private Pflege-Pflichtversicherung. In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Alle privat Krankenversicherten müssen eine private Pflegeversicherung, die so genannte Pflege-Pflichtversicherung, abschließen.

Circa 1,9 Millionen Versicherte erhielten 2003 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung; hinzu kamen noch rund 0,1 Millionen Leistungsempfänger der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Diese rund 2 Millionen Leistungsbezieher im Jahr 2003 gliederten sich in rund 1,36 Millionen Empfänger von ambulanten und rund 0,65 Millionen Empfänger von stationären Leistungen der Pflegeversicherung.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sind nicht nur finanziell entlastet worden. Die Leistungen der Pflegeversicherung helfen den pflegebedürftigen Menschen, trotz ihres Hilfebedarfs, ein möglichst selbstbestimmtes, selbstständiges und menschenwürdiges Leben zu führen. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten. Die für Rehabilitation zuständigen Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

12.3 Wahlrechte

Pflegebedürftige Menschen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Auf ihre religiösen Bedürfnisse ist ebenfalls Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können. Um dieses Wahlrecht in der Praxis zu verwirklichen, sind die Pflegebedürftigen seitens der Pflegekassen auf ihre Rechte hinzuweisen.

12.4 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegeversicherung stellt bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf den Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens ab (vgl. § 14 SGB XI). Pflegebedürftig sind demzufolge 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 Maß der Hilfe bedürfen. Auf Antrag der Versicherten lassen die Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenver-

sicherung prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Der Medizinische Dienst untersucht dazu die pflegebedürftigen Menschen in ihrer Wohnung, im Krankenhaus oder im Pflegeheim.

Pflegebedürftigkeit ist ein Lebensrisiko, das durchaus auch jüngere Menschen treffen kann. Derzeit sind rund 185 000 Pflegebedürftige jünger als 40 Jahre und rund 150 000 Pflegebedürftige sind zwischen 40 und 60 Jahre alt.

12.5 Beteiligung der Pflegeversicherung an den Heimkosten behinderter Menschen

Etwa 140 000 behinderte Menschen leben in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Die Pflegeversicherung beteiligt sich bei ca. 60 000 pflegebedürftigen Bewohnern und Bewohnerinnen an den Heimkosten pauschal in Höhe von 10 Prozent des Heimgeltes, höchstens jedoch mit 256 Euro monatlich (vgl. § 43a SGB XI). Diese Kostenbeteiligung der Pflegeversicherung berücksichtigt, dass die Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nur untergeordnete Bedeutung hat. Im Vordergrund des Zwecks dieser Einrichtungen steht die Eingliederung behinderter Menschen.

12.6 Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Am 1. Juli 2004 sind die Regelungen des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget in Kraft getreten. Zeitgleich wurde auch Pflegebedürftigen die Teilnahme an dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach den Bestimmungen des SGB IX eröffnet. Hiernach können bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden. Behinderte Menschen erhalten hierdurch einen größeren Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum, bestimmte Leistungen, z. B. hinsichtlich der Art und des Zeitpunktes der Leistungserbringung und der Auswahl des Leistungserbringers, eigenverantwortlich zu organisieren und zu bezahlen. Dies ist auch wichtig für die Organisation von Pflege- und Assistenzbedarf.

12.7 Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

Eine umfassende Darstellung der Pflegeversicherung und ihrer Entwicklung in den Jahren 2001 bis 2004 ergibt sich aus dem „Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ vom 4. November 2004 (Bundestagsdrucksache 15/4125). Dieser Bericht ist im Internet auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung bereitgestellt. Er enthält zahlreiche Details zum Themenbereich Pflege, die auch für behinderte Menschen von Interesse sind. Wegen der Aktualität des „Dritten Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ wurde in diesem Bericht auf eine Aufnahme von Einzelheiten zum Thema Pflege verzichtet.

13. Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft

13.1 Eingliederungshilfe ermöglicht interdisziplinäre Förderkonzepte

Viele Behinderungen können nicht beseitigt, aber in ihren Auswirkungen gemildert werden. Dazu brauchen behinderte Menschen die Unterstützung der Gesellschaft. Diese Hilfe muss dem individuellen Hilfebedarf des Einzelnen Rechnung tragen.

Entsprechend dem im Gesetz beispielhaft aufgeführten Leistungskatalog hat die Eingliederungshilfe der Sozialhilfe die umfassende Aufgabe, wesentlich behinderte Menschen 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 Menschen ein Höchstmaß an Förderung zu ihrer Eingliederung in die Gesellschaft bringen.

Hierzu gehört in einer auf das Arbeitsleben orientierten Gesellschaft vor allem, behinderten Menschen 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 erhalten behinderte Menschen ein Optimum an möglicher Hilfe und gleichzeitig wird die fachliche Weiterentwicklung gefördert.

13.2 Ausgaben der Eingliederungshilfe

Für die unterschiedlichen Maßnahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zur Integration und Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Mitbürger wurden von der Sozialhilfe 2003 insgesamt 10,9 Mrd. Euro (brutto) (mit Einschluss der bisher nicht gesondert erfassten Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen) eingesetzt. Unter anderem handelt es sich um

- ärztliche Behandlungskosten und Hilfsmittel im Rahmen der Eingliederungshilfe,
- heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, u. a. die von der Sozialhilfe getragenen Kosten der Frühförderung,
- Hilfen zur Schulbildung und zur beruflichen Ausbildung und
- Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen.

Die Entwicklung der Empfänger und Ausgaben im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem BSHG sind den beiden nachfolgenden Tabellen zu entnehmen.

**Empfänger von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
im Laufe des Berichtsjahres in Deutschland**

Hilfeart	1998	2000	2001	2002	2003
außerhalb von Einrichtungen	126.736	139.337	149.236	159.143	165.718
in Einrichtungen	372.260	392.148	413.513	427.144	437.620
insgesamt¹	494.925	525.061	554.803	578.320	593.125
darunter:					
ärztliche Behandlung, Hilfsmittel	41.330	38.187	42.184	46.646	37.444
heilpädagogische Maßnahmen für Kinder	93.469	99.622	106.866	112.503	117.433
Hilfe zur Schulbildung	44.349	49.460	51.367	53.674	54.590
Hilfe zur beruflichen Ausbildung	5.701	7.402	8.132	8.771	7.925
Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte	165.354	174.160	181.211	187.956	197.022
sonstige Eingliederungshilfe	178.868	191.736	202.612	217.032	230.158

¹ Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren.
Quelle: Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik 1996 ff.

**Bruttoausgaben der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
in Deutschland**

Hilfearten	1998	2000	2001	2002	2003
	in 1 000 Euro				
außerhalb von Einrichtungen	434.176	539.976	606.140	685.923	750.870
in Einrichtungen	7.514.278	8.573.508	9.157.424	9.499.418	10.178.996
insgesamt	7.948.454	9.113.484	9.763.564	10.185.342	10.929.866
darunter:					
ärztliche Behandlung, Hilfsmittel	255.214	237.204	248.803	243.506	173.444
heilpädagogische Maßnahmen für Kinder	568.497	646.210	691.114	713.287	856.415
Hilfe für Schulausbildung	701.008	724.846	775.601	801.376	851.686
Hilfe zur beruflichen Ausbildung	134.654	111.734	131.644	181.668	205.421
Beschäftigung in Werkstätten für Behinderte	2.480.507	2.758.831	2.953.602	3.039.570	3.258.263
sonstige Eingliederungshilfe	3.638.820	4.412.573	4.735.898	4.950.172	5.326.361

Quelle: Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik 1996 ff.

Der Ausgabenanstieg im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen dürfte primär durch die seit mehreren Jahren steigenden Empfängerzahlen bedingt sein. Zwischen 1996 und 2000 hat die Zahl der Empfänger dieser Hilfe während des Jahres um gut 41 Prozent zugenommen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahre 2003 insgesamt 10,9 Mrd. Euro für Leistungen zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Bundessozialhilfegesetz (mit Einschluss der bisher nicht gesondert erfassten Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen) aufgewendet. Damit ist die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung die umfangreichste Position unter den Hilfearten der Sozialhilfe. Das Statistische Bundesamt hat berechnet, dass nach Abzug der Einnahmen der Sozialhilfeträger – vornehmlich Rückflüsse von anderen Sozialleistungsträgern – die Nettoausgaben im Jahr 2003 für diese Hilfeart 9,6 Mrd. Euro betragen. Dies sind 43 Prozent der Sozialhilfeausgaben insgesamt. Im Vergleich dazu machten die Ausgaben (netto) für die Hilfe zum Lebensunterhalt (so genannte Sozialhilfe im engeren Sinne) mit insgesamt 8,7 Mrd. Euro 39 Prozent der Sozialhilfeausgaben aus. Gemessen an den gesamten Sozialhilfeausgaben ist die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung die umfangreichste Position unter den Hilfearten der Sozialhilfe. Diese Entwicklung dürfte im Wesentlichen darauf zurückzuführen sein, dass der Anteil behinderter Menschen im fortgeschrittenen Alter, die Eingliederungshilfe in Einrichtungen in Anspruch nehmen müssen, von Jahr zu Jahr größer wird, weil die inzwischen betagten und hochbetagten Eltern nicht mehr in der Lage sind, ihre behinderten Kinder weiterhin zu Hause adäquat zu versorgen und zu betreuen. Darüber hinaus führen kontinuierliche Förderung mit Beginn der frühesten Kindheit, bessere medizinische Versorgung und bessere allgemeine Lebensbedingungen ebenso dazu, dass behinderte Menschen immer älter werden und damit länger Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen. Im Übrigen steigt der Bedarf an spezifischen ambulanten und stationären Betreuungsangeboten aufgrund des früheren Verlassens des Elternhauses, mit dem weit mehr jüngere behinderte Menschen als früher ihr Recht auf ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben wahrnehmen, stetig an, ohne dass dem nennenswerte Abgänge aus stationären Wohneinrichtungen gegenüberstehen.

Im Zusammenhang mit der Eingliederungshilfe werden diskutiert:

- Loslösung der Eingliederungshilfe aus dem Sozialhilferecht und Regelung im Neunten Buch Sozialgesetzbuch bei weiterer Ausführung durch die Sozialhilfeträger und Kostentragung durch den Bund,
 - Loslösung der Eingliederungshilfe aus dem Sozialhilferecht und Regelung im Neunten Buch Sozialgesetzbuch bei Ausführung durch andere Leistungsträger und Kostentragung durch den Bund,
 - wie Lösung 2, aber ohne Kostentragung durch den Bund,
 - wie Lösung 1, aber Kostentragung weiter durch die Sozialhilfeträger und bedürftigkeitsunabhängige Ausgestaltung der Leistungen,
 - Herauslösung von Teilleistungen der Eingliederungshilfe aus dem Sozialhilferecht und Überführung in ein bundesfinanziertes „Bundesteilhabegeld“,
 - Leistungsgesetz für behinderte Menschen.
- Die gemeinsame Zielsetzung des Bundes und aller Länder, durch langfristige Lösungen im Bereich der Eingliederungshilfe die prognostizierte Kostenentwicklung einzudämmen, wurde auch deutlich im Vermittlungsausschuss zum SGB XII (Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch) Ende letzten Jahres. Aus dem Vermittlungsverfahren besteht der Auftrag an die Länder, „... die Probleme der Kostenentwicklung insbesondere in Einrichtungen ab Januar 2004 in einer Ländrarbeitsgruppe mit Bundesbeteiligung aufzuarbeiten und Lösungen zu entwickeln“. Im November 2004 teilte Baden-Württemberg, das den Vorsitz der Arbeitsgruppe hatte, mit, dass wegen unüberbrückbarer Meinungsverschiedenheiten keine Möglichkeit gesehen werde, den Auftrag aus dem Vermittlungsverfahren erfolgreich auszuführen, und aus diesem Grund die Auflösung der Arbeitsgruppe beschlossen worden sei. Einige Länder seien derzeit bemüht, zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen eine Bundesratsinitiative vorzubereiten.
- Die in erster Linie betroffenen überörtlichen Sozialhilfeträger werden nach ihrer eigenen Einschätzung zwei zentrale Zukunftsaufgaben bewältigen müssen, die gleichberechtigt in Einklang zu bringen sind:
- Unterstützung der Emanzipation behinderter Menschen durch Eingliederungshilfe, die sich an Selbstständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung orientiert,
 - Dämpfung des unter gleich bleibenden Rahmenbedingungen unabwiesbaren und auch unaufhaltsamen erheblichen Kostenanstiegs durch Veränderung der derzeitigen Versorgungsstrukturen in der Eingliederungshilfe, und zwar durch
 - Ausbau des ambulant betreuten Wohnen einschließlich der Familienpflege,
 - Differenzierung der Wohnformen,
 - Aufgabe der überkommenen strikten Dreiteilung („ambulant/teilstationär/stationär“),
 - einheitliche und zusammenhängende Unterstützung behinderter Menschen durch Leistungen aus einer (überörtlich gesteuerten) Hand.
- Aus der Sicht der Bundesregierung kann sich eine sinnvolle Strategie nicht auf eine Fortführung, Finanzierung und ggf. Umfinanzierung vorhandener Leistungsstrukturen richten, sondern muss vielmehr bei der Fortentwicklung der Leistungsstrukturen ansetzen. Ein Ansatz hierbei

ist die Trennung der Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen von den Maßeistungen in Einrichtungen, die auf der Grundlage des SGB XII von 2005 an erfolgen wird, ein weiterer die konsequente Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sowie der dort festgelegten Regel, ambulante und stationäre Leistungen aus einer Hand zu erbringen. Hinzu kommt die Anwendung des trägerübergreifenden Persönlichen Budgets auch für Leistungen der Eingliederungshilfe. Schließlich sind auch die Fähigkeitspotenziale behinderter Menschen jenseits einer beruflichen Nutzung zu fördern.

Die Bundesregierung lehnt deshalb Forderungen nach einer (teilweisen) Verlagerung von Eingliederungshilfekosten auf den Bund ab. Sie spricht sich auch gegen Leistungseinschränkungen im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aus.

In der Kriegspferfürsorge des sozialen Entschädigungsrechts ermöglichen die Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 27d Bundesversorgungsgesetz) auch die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und damit eine weitgehend selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung.

Die Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen in der Kriegspferfürsorge insbesondere Kfz-Hilfen und sonstige Hilfen für Beschädigte. Unter die Kfz-Hilfen fallen die Hilfen zur Beschaffung eines Kfz (Beihilfen oder zinslose Darlehen zu den nicht gedeckten Anschaffungskosten, Zuschüsse zu ausschließlich schädigungsbedingt notwendigen Sonderausstattungen) oder Hilfen zum Betrieb und Unterhalt eines Kfz in Form einer monatlichen Pauschale von 50 Euro. Im Jahr 2002 beliefen sich die Aufwendungen für Beihilfen an Beschädigte zur Beschaffung, zum Betrieb und zur Unterhaltung eines Kfz auf 17,2 Mio. Euro (Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 3, 2002).

Die sonstigen Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft umfassen z. B. auch Maßnahmen, die den behinderten Menschen Begegnung und Umgang mit anderen Menschen ermöglichen, daneben Hilfen zum Besuch von Veranstaltungen und die Bereitstellung von Hilfsmitteln, die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen oder über kulturelle Ereignisse dienen. Maßstab ist dabei, die Hilfsmittel zu gewähren, die schädigungsbedingte Nachteile angemessen ausgleichen. Informationen über weitere Leistungen der Kriegspferfürsorge finden sich in der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebenen Broschüre „Kriegspferfürsorge“.

13.3 Eingliederung nach Unfällen oder bei Berufskrankheiten

Zur Eingliederung unfallverletzter oder an einer Berufskrankheit erkrankter behinderter Menschen in die Gesellschaft tragen im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung in erster Linie die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 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.

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zählen neben der Kraftfahrzeug- und Wohnungshilfe auch Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, wie z. B. die Ausstattung mit elektronischen Kommunikationsmitteln oder behinderungsgerechten Sportgeräten.

Hilfen bei der Beschaffung von Kraftfahrzeugen werden geleistet, wenn Versicherte infolge Art oder Schwere des Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen sind, um die Teilhabe am Arbeitsleben oder die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Leistungen der Wohnungshilfe werden erbracht, wenn infolge Art oder Schwere des Gesundheitsschadens oder zur Sicherung der beruflichen Teilhabe nicht nur vorübergehend die behindertengerechte Anpassung oder die Bereitstellung behindertengerechten Wohnraums erforderlich ist. Bei Verletzten, die infolge eines Arbeitsunfalls von der Halswirbelsäule an vollständig gelähmt sind, kommt beispielsweise in deren Wohnung ein Sprachsystem zum Einsatz, das nahezu das gesamte Lebensumfeld steuern kann (Bedienung elektronischer Installationen, Statusabfragen von Hauseinrichtungen, Nutzung der Unterhaltungselektronik, Telekommunikation). Die Wohnungshilfe umfasst auch Umzugskosten sowie Kosten für die Bereitstellung von Wohnraum für eine Pflegekraft.

Bei Bedarf werden Versicherte in betreuten Wohneinheiten untergebracht, wo sie im Wesentlichen selbstbestimmt leben können.

13.4 REHADAT

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 Menschen in ihr soziales Umfeld; verschiedene Informationssammlungen tragen dazu bei, die Übersichtbarkeit des Angebots zu erhöhen. Als übergreifende Datenbank dokumentiert REHADAT die einschlägigen Informationen umfassend (<http://db1.rehadat.de/rehadat/index.jsp>). Diese Datenbank kann auch als CD-ROM bestellt werden.

13.5 Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, Vergünstigungen und andere Hilfen zielen darauf ab, einige der Nachteile und Mehraufwendungen, die (schwer-)behinderte Menschen im täglichen Leben haben, auszugleichen und möglichst gleichwertige Voraussetzungen für ihre Teilnahme am Leben in 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 blinde, wesentlich sehbehinderte oder hörgeschädigte Menschen, behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung ab 80 – wenn sie wegen ihrer Behinderung 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 Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegebenen Ratgeber für behinderte Menschen, aber auch in ähnlichen Veröffentlichungen der Länder und Behindertenorganisationen.

13.6 Hilfen für hörbehinderte Menschen

Gehörlose Menschen haben nach dem SGB IX Anspruch auf Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt. Bedürfen z. B. 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 Mensch 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 Eingliederungshilfe vom Träger der Sozialhilfe übernommen.

Leistungen zur Rehabilitation werden in dem Umfang erbracht, der notwendig ist, um behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu sichern. Die Leistungen bemessen sich stets am individuellen Bedarf und den individuellen Verhältnissen.

Zurzeit stehen noch nicht genügend Gebärdensprachdolmetscher zur Verfügung, damit hörbehinderte Menschen ihr Recht voll wahrnehmen können, bei der Ausführung von Sozialleistungen, auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, die Gebärdensprache zu verwenden. Um die noch bestehende Unterversorgung zu überwinden, muss die Ausbildung von Gebärdensprachdolmetschern und -dolmetscherinnen weiterhin ein wichtiges Thema bleiben.

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.

Um Teilhabechancen gehörloser Menschen zu verbessern, hat Nordrhein-Westfalen mit dem Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose 1998 die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, um ein monatliches einkommensunabhängiges Gehörlosengeld zu zahlen.

Die Möglichkeit behinderter Eltern an Elternsprechtagen und Elternversammlung teilzunehmen, ist in den Ländern unterschiedlich gegeben. Insbesondere hörbehinderte Eltern klagen über Barrieren bei der Verständigung. Daher strebt die Bundesregierung eine Verabredung mit den Ländern über die Voraussetzungen an, die notwendig sind, damit auch behinderte Eltern die Möglichkeit haben, an Elternsprechtagen und Elternversammlungen teilzunehmen, etwa durch die Bereitstellung von Verständigungshilfen für hörbehinderte Eltern.

Die Möglichkeit behinderter Eltern an Elternsprechtagen und Elternversammlung teilzunehmen, ist in den Ländern unterschiedlich gegeben. Insbesondere hörbehinderte Eltern klagen über Barrieren bei der Verständigung. Daher strebt die Bundesregierung eine Verabredung mit den Ländern über die Voraussetzungen an, die notwendig sind, damit auch behinderte Eltern die Möglichkeit haben, an Elternsprechtagen und Elternversammlungen teilzunehmen, etwa durch die Bereitstellung von Verständigungshilfen für hörbehinderte Eltern.

13.7 Weiterentwicklung des Betreuungsrechts

Das am 1. Januar 1992 in Kraft getretene Betreuungsrecht hat insgesamt zu einer Verbesserung der Rechtsstellung behinderter Menschen geführt. Die Betreuung unterliegt hinsichtlich der Bestellung des Betreuers, des Umfangs seines Aufgabenkreises und der Dauer der Betreuung dem Grundsatz der Erforderlichkeit. Im Gegensatz zur vorherigen Entmündigung ermöglicht das neue Betreuungsrecht mehr Selbstbestimmung der Betroffenen und gewährt einen effektiven Grundrechtsschutz.

Der Bundesrat hat am 19. Dezember 2003 beschlossen, den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betreuungsgesetzes in das Gesetzgebungsverfahren beim Bundestag einzubringen (Bundesratsdrucksache 865/03/Bundestagsdrucksache 15/2494 vom 12. Februar 2004), weil er angesichts des seit 1992 unerwartet hohen Anstiegs der Betreuungszahlen und des überproportionalen Kostenanstiegs einen dringenden Handlungsbedarf zur Entlastung der Justizhaushalte im Betreuungsrecht sieht. Ziel des Gesetzentwurfs ist, die Betreuung durch Stärkung des Erforderlichkeitsgrundsatzes auf das für die rechtliche Betreuung Wesentliche zu konzentrieren und von überhöhtem Bürokratieaufwand zu befreien.

Eine Novellierung des Betreuungsrechtes muss den Grundsätzen des Paradigmenwechsels in der Behindertenpolitik entsprechen. Ein reines „Spargesetz“ zulasten der betreuten Menschen ist abzulehnen. Oberstes Ziel muss weiterhin die Betreuungsvermeidung sein. Eine effektive rechtliche Kontrolle der Betreuung muss weiterhin gewährleistet und die Qualitätsstandards der Betreuung müssen auf hohem Niveau weiterentwickelt werden. Soweit hier noch Defizite festzustellen sind, sollte die Novellierung auch dazu genutzt werden, dahin gehende Instrumente zu entwickeln und ggf. gesetzlich zu verankern.

Die Bestellung eines Betreuers, die immer ein Einschnitt in das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen ist, soll nur erfolgen, wenn sie unbedingt erforderlich ist. Deshalb enthält der Entwurf insbesondere auch Vorschläge zur Förderung der Vorsorgevollmacht durch Erweiterung der

Pflicht von Betreuungsbehörden und -vereinen zur Beratung der Bevollmächtigten sowie Einführung einer Beglaubigungskompetenz der Betreuungsbehörden. Die Einführung eines neuen Vergütungssystems auf der Grundlage pauschaler Stundenansätze entlastet Betreuer und Gerichte von der bisherigen zeitaufwendigen Einzelabrechnung und setzt so durch Bürokratieabbau Kapazitäten für die eigentliche Betreuungsarbeit frei. Diese Maßnahmen sollen auch den beobachteten immensen Kostenanstieg abbremsen.

13.8 Antidiskriminierungsgesetz soll Diskriminierungen im Zivilrecht abbauen

Um eine umfassende Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft zu verwirklichen, bedarf es nicht nur einer Weiterentwicklung des Sozialrechtes und der Schaffung von Ansprüchen im öffentlichen Recht, sondern auch der Verankerung des Gleichstellungsgedankens im Bereich des Privatrechts durch die Schaffung entsprechender zivilrechtlicher Regelungen in einem Antidiskriminierungsgesetz. Behinderte Menschen werden im Alltag immer noch benachteiligt. Das gilt z. B. für den Abschluss einer privaten Versicherung, den Besuch von Gaststätten, Kinos etc., die Anmietung von Wohnungen oder Ladengeschäften.

Behinderte Menschen dürfen aber auch im Zivilrecht wegen ihrer Behinderung nicht von Verträgen ausgeschlossen, durch schlechtere Bedingungen benachteiligt oder in ihren sonstigen Rechten schlechter gestellt werden.

Wie bei nichtbehinderten Menschen auch, sollte ihr Gesundheitszustand für den Abschluss einer privaten Versicherung individuell geprüft und festgestellt werden, ob und unter welchen Voraussetzungen Versicherungen abgeschlossen werden können. Unterschiedliche Vertragsgestaltungen sind dann nicht als eine Benachteiligung zu bewerten, wenn die zugrunde liegende Risikobewertung nachvollziehbar ist.

Daher arbeiten die Bundesregierung und die Regierungskoalitionen zurzeit an einem Gesetz zum Schutz vor Diskriminierung im Arbeits- und Zivilrecht. Mit diesem Gesetz werden auch die europäischen Antidiskriminierungsrichtlinien in deutsches Recht umgesetzt. Behinderte Menschen sollen in das Antidiskriminierungsgesetz aufgenommen werden.

13.9 Sport als integratives Element

Sport ist bei der Gestaltung der Freizeit behinderter Menschen auch unter integrativen Gesichtspunkten besonders wichtig. Die Vermittlung eines neuen Lebenswertgefühls bei der Erbringung sportlicher Leistungen sowie der erlebte Gemeinsinn sind von großer sozialer Bedeutung und ein entscheidendes Element des Behindertensports. Viele behinderte Menschen wollen Sport gemeinsam mit nichtbehinderten Menschen treiben. Voraussetzung für den Erfolg des gemeinsamen Sports behinderter und nichtbehinderter Menschen ist die gleichberechtigte Behandlung beider Gruppen. Ende 2002 haben 338 298 Menschen (48,8 Prozent weiblich und 51,2 Prozent männlich) in 3 545 Vereinen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) Sport getrieben.

Der Behindertensport entwickelt sich ständig weiter. Immer mehr neue Sportarten werden behinderungsspezifisch angeboten wie beispielsweise Inline Skating und Nordic Walking. Zurzeit überarbeitet der DBS sein Konzept für den Breitensport, damit der Übergang vom Rehabilitationssport zum Breitensport erleichtert und die Motivation zum lebensbegleitenden Sport dauerhaft geweckt wird. Das Deutsche Sportabzeichen für behinderte Menschen ist ein weiteres Angebot des DBS. Im Jahre 2002 wurden über 6 000 Sportabzeichen beurkundet. Eine weitere Steigerung in den nächsten Jahren wird erwartet.

Seit den 70er-Jahren hat sich die Struktur der Vereine verändert. Aus Versehrten sportgemeinschaften wurden Behindertensportgruppen mit einem überwiegenden Anteil von behinderten Menschen aus anderen Bereichen:

Jahr	behinderte Menschen aus dem sozialen Entschädigungsrecht (%)	behinderte Menschen aus anderen Bereichen (%)	% - Anteil aller aktiven Mitglieder (gerundet)		
			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
2000	5	95	48	46	6
2003	3	97	46	47	6

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Für die Förderung des allgemeinen Behindertensports als Breiten- und Freizeitsport sind die Länder 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, so z. B. die Entsendung deutscher Mannschaften zu den Welt- bzw. Europaspielen von Special Olympics, den internationalen Großveranstaltungen für geistig behinderte Menschen,
- Forschungsvorhaben und Modellversuche von gesamtstaatlicher Bedeutung.

Die Bundesregierung hat in den vergangenen Jahren zusätzliche Mittel für strukturelle Verbesserungen im Bereich des Sports von Menschen mit Behinderung zur Verfügung gestellt.

Träger des vereinsorientierten Behindertensports sind die Behindertensportgruppen und Behindertensportvereine, die im Deutschen Behindertensportverband, im Deutschen Gehörlosen-Sportverband und im Deutschen Blinden-Schachbund zusammengefasst sind.

Geistig behinderte Menschen werden von den Behindertensportgemeinschaften des Deutschen Behindertensportverbandes in regelmäßig stattfindenden Übungsveranstaltungen betreut. Dieser Sport wird durch ein besonderes Veranstaltungsprogramm von Special Olympics ergänzt.

13.10 Förderung des leistungsbezogenen Behindertensports

Die Mittel für den leistungsbezogenen Behindertensport wurden seit 1997 fast verdoppelt und betragen 2004 4,03 Mio. Euro. Mit diesen Mitteln werden u. a. gefördert:

- Wettkämpfe auf nationaler und internationaler Ebene,
- Trainingslehrgänge,
- Entsendung der Mannschaften des Deutschen Behindertensportverbands zu den Paralympics und des Deutschen Gehörlosen-Sportverbandes zu den Weltspielen der Gehörlosen,
- Beschäftigung nebenamtlicher Trainer und Übungsleiter sowie hauptamtlicher Mitarbeiter beim Deutschen Behindertensportverband und Deutschen Gehörlosen-Sportverband.

Für die Anerkennung des Leistungssports behinderter Menschen in der Öffentlichkeit ist das wachsende Interesse der Medien an einschlägigen Sportveranstaltungen wichtig. Durch die großen sportlichen Leistungen bei den Paralympics in Sydney 2000, Salt Lake City 2002 und Athen 2004 ist die Berichterstattung in den Medien gestiegen. Auch die Ehrungen behinderter Sportler und

Sportlerinnen durch den Bundespräsidenten mit dem Silbernen Lorbeerblatt, der höchsten Auszeichnung für sportliche Leistungen, tragen zur Anerkennung ihrer sportlichen Leistungen und damit zur gesellschaftlichen Anerkennung behinderter Menschen insgesamt bei. Dagegen wird der Gehörlosensport in der Öffentlichkeit weniger wahrgenommen. Die Weltspiele der Gehörlosen, die Deaflympics, sind wenig bis gar nicht bekannt.

Die Leistungen von Spitzensportlerinnen und -sportlern im Behindertensport haben in den letzten zehn Jahren eine deutliche Steigerung erfahren. Die Steigerung der Leistungsfähigkeit ist Resultat und gleichzeitig Voraussetzung für einen optimierten Trainingsprozess, der seinen Ausdruck in größeren Trainingsumfängen und in einer allgemein optimierten Gestaltung des Trainingsumfeldes findet. Trainingswissenschaftliche Erkenntnisse und die Einbeziehung von Fachleuten aus dem Bereich des Sports nichtbehinderter Menschen tragen zu dieser Entwicklung bei. Die Serviceleistungen im Rahmen der Grundversorgung an den Olympiastützpunkten werden genutzt und Kaderathleten können die Fördermöglichkeiten der Stiftung Deutsche Sporthilfe in Anspruch nehmen. Zunehmend integrieren regionale Träger (Fördervereine, Sportstiftung, Sporthilfe der Länder, Landesministerien) Spitzensportler mit einer Behinderung in bestehende Förderprogramme.

13.11 Förderung Sportstättenbau

Bei der Förderung des Baus von Sportstätten im Hochleistungssport wird seitens des Bundes darauf Wert gelegt, dass die Belange der Leistungssportler mit Behinderungen berücksichtigt werden. Die jeweiligen Bauordnungen der Länder schreiben behindertengerechtes Bauen vor.

Die Sportstättenstatistik der Länder enthält allgemeingültig für die neuen Länder folgende Ergebnisse:

- Etwa die Hälfte der Sporthallen und ca. 72 Prozent der Großsport- und Mehrzweckhallen haben behindertenfreundliche Zuschauereinrichtungen, bei Eissporthallen sind es ca. ein Drittel.
- 54 Prozent der Hallenbäder, 25 Prozent der Sporthallen und 80 Prozent der Großsport- und Mehrzweckhallen verfügen über behindertenfreundliche Nebenräume.
- 28 Prozent der Sportflächen sind behindertengerecht, bei Hallen- und Freibädern sind es ca. 45 Prozent.

13.12 Vielfältiges Angebot im Gustav Heinemann Haus

Die Stiftung Haus der Behinderten Bonn wurde 1984 als rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts von der Bundesrepublik Deutschland und der Bundesstadt Bonn mit dem Ziel gegründet, die Eingliederung von behinderten Menschen in das Arbeitsleben und das Leben in der Gesellschaft zu fördern. Sie verfolgt dabei ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke.

Bei ihrer Gründung übernahm die Stiftung die Trägerschaft des Gustav Heinemann Hauses in Bonn. Erstmals war mit diesem „Haus der Begegnungen“ auf Initiative der Bundesregierung eine integrative Einrichtung mit Modellcharakter geschaffen worden, die auf einer Fläche von rund 1200 qm ein vielfältiges Angebot auf den Gebieten der medizinischen, medizinisch-beruflichen, beruflichen und sozialen Rehabilitation bereithält. Das Haus bietet mit seinem großen Freizeit- und Begegnungsreich die Voraussetzung, die Begegnungen von behinderten mit nichtbehinderten Menschen zu fördern und damit den behinderten Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Das Angebot des Gustav Heinemann Hauses umfasst beratende, therapeutische, soziale, kulturelle, sportliche und gesellige Maßnahmen und Veranstaltungen.

Im Sinne des integrativen Gedankens der Stiftung befinden sich im Gustav Heinemann Haus u. a. ein

- kinderneurologisches Zentrum,
- Montessori-Kindergarten für behinderte und nichtbehinderte Kinder,
- Zentrum für Rehabilitations-Assessment und ein
- Kompetenz- und Referenzzentrum für barrierefreie Kommunikation.

Das Konzept des Gustav Heinemann Hauses, für behinderte Menschen eine Hilfe zu sein auf dem Weg zu einer vollen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und gleichzeitig bei nichtbehinderten Menschen um Verständnis und Akzeptanz für die Belange und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung zu werben und damit immer noch bestehende Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderung abzubauen, konnte in vollen Umfang realisiert werden und wird auch in Zukunft modellhaft weiterentwickelt. Jährlich werden bis zu 18 behinderte Jugendliche und Erwachsene in den Bereichen Helferinnen/Helfer im Gastgewerbe, Beiköchin/Beikoch und Hauswirtschaft ausgebildet. Darüber hinaus werden mehrwöchige Praktika speziell für Menschen mit Behinderung angeboten. Von dieser Möglichkeit haben bisher fast 45 Personen jährlich Gebrauch gemacht. Zukünftig sollen in diesem Kompetenzzentrum auch Maßnahmen der beruflichen Aus- und Fortbildung für behinderte Jugendliche und Erwachsene sowie für Fachkräfte der Rehabilitation und Integration von Menschen mit Behinderungen und für Mitglieder von Fachverbänden, -organisationen, Selbsthilfvereinigungen etc. durchgeführt werden können.

Kompetenzzentren, wie das Gustav Heinemann Haus, zielen auf die Verbesserung der Lebens- und Arbeitswelt behinderter Menschen. Sie sollen die Ausbildung und Schulung von Personen übernehmen, um ihnen besser als bisher zu ermöglichen, die Interessen behinderter Menschen zu vertreten oder Zielvereinbarungen nach dem BGG abzuschließen.

13.13 Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“

Die öffentlich-rechtliche Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“ wurde 1972 gegründet. Anlass hierfür war

die unter der Bezeichnung „Contergan-Katastrophe“ in das Bewusstsein der Öffentlichkeit getretene Schädigung ungeborener Kinder infolge der Einnahme thalidomidhaltiger Arzneimittel durch die Mutter während der Schwangerschaft. Das Medikament Contergan bewirkte, während der Frühschwangerschaft eingenommen, bei den Kindern Missbildungen an Gliedmaßen, Ohren, Augen und inneren Organen. Die Geschädigten erhielten bzw. erhalten je nach Schwere ihres Schadens eine einmalige Kapitalentschädigung sowie eine monatliche Rente.

Um die gleichmäßige und gerechte Verteilung dieser Mittel sicherzustellen, beschloss der Bundestag, die Stiftung des öffentlichen Rechts ins Leben zu rufen. Eingebracht wurden neben der Entschädigung der Herstellerfirma in Höhe von rund 51 Mio. Euro zunächst weitere 51 Mio. Euro aus dem Bundeshaushalt, die inzwischen auf rund 112,5 Mio. Euro erhöht worden sind. Aus diesen Geldern erhielten bzw. erhalten die Geschädigten eine einmalige Kapitalentschädigung sowie eine lebenslängliche Rente, die derzeit zwischen 121 und 545 Euro pro Monat beträgt. Seit 2003 sind zudem die Möglichkeiten der Kapitalisierung der Renten erweitert worden. Da das ursprüngliche Kapital seit Mai 1997 aufgebraucht ist, werden die Leistungen seitdem in voller Höhe aus dem Bundeshaushalt finanziert.

Zurzeit betreut die Stiftung etwa 2 750 thalidomidgeschädigte Personen, die heute im Alter zwischen 40 und 44 Jahren sind. Die Stiftung steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Außerdem ist der Stiftung der weiter gehende gesetzliche Auftrag erteilt worden, Institutionen, die der Behindertenarbeit dienen, durch Zuschüsse zu unterstützen. Für diesen Zweck wurde die Stiftung mit einem zusätzlichen Kapital aus Haushaltsmitteln von rund 51 Mio. Euro ausgestattet, das gesondert zu verwalten ist und aus dessen Erträgen die institutionelle Behindertenarbeit gefördert wird. Im Rahmen dieser Tätigkeit, die unmittelbar allen behinderten Menschen dient, hat die Stiftung bisher Zuschüsse von rund 120 Mio. Euro an verschiedene Einrichtungen bewilligt.

13.14 Reisen und Urlaub von behinderten Menschen

Reisen und Urlaub sind für behinderte Menschen ebenso wie für nichtbehinderte Menschen selbstverständliche Bestandteile der Lebensgestaltung geworden und damit ein elementares Grundbedürfnis und ein Bürgerrecht. Behinderte Menschen wollen wie alle anderen auch im Rahmen ihrer Möglichkeiten über Ort, Zeit und individuelle Gestaltung ihres Urlaubs selbst entscheiden. Behinderte Menschen treffen jedoch immer noch auf einige Hindernisse, die ihnen den Zugang zu selbst gewählten Urlaubszielen und -abläufen verwehren. Dies kann der fehlende Zugang zu umfassenden Informationen über „behindertengerechte“ Angebote vor Ort unter baulich-technischen Aspekten, die nicht durchgehend barrierefreien Transportwege und -mittel wie auch die Freizeitangebote und

-aktivitäten am Urlaubsort betreffen. Deshalb kommt dem Ausbau barrierefreier Reise- und Urlaubsmöglichkeiten besondere Bedeutung zu. Hierbei geht es um Barrierefreiheit in ihrer umfassenden Begrifflichkeit, d. h. nicht nur für gehbehinderte Menschen oder Rollstuhlnutzer, sondern gleichermaßen für Menschen mit Sinnes Einschränkungen oder mit Lern- oder geistiger Behinderung. Durch das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für einen barrierefreien Tourismus gesetzt. Zu nennen sind hier insbesondere die Änderung des Gaststättengesetzes, der Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung und des Luftverkehrsgesetzes.

In den vergangenen Jahren ist bereits vieles auf den Weg gebracht worden, um in den touristischen Wirtschaftszweigen ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass von einem qualitativ hochwertigen Tourismus nur dann die Rede sein kann, wenn die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung und älteren Mitbürgern berücksichtigt werden. Zudem unterstützt die Bundesregierung seit Jahren Projekte zur Verbesserung des barrierefreien Reisens und für ein breit gefächertes Angebot behindertengerechter Urlaubsmöglichkeiten in Deutschland. Zu nennen sind insbesondere ein dreiteiliges Forschungsvorhaben „Reisen für behinderte Menschen“, Studien zu den „Ökonomischen Impulsen eines barrierefreien Tourismus für Alle“ und einem „Barrierefreien ÖPNV in Deutschland“, ein Bundeswettbewerb unter dem Motto „Willkommen im Urlaub – Familienzeit ohne Barrieren“, Projekte zur bundesweiten Schulung und Qualifizierung von Mitarbeitern in touristischen Einrichtungen sowie Forschungs- und Bildungsprojekte in den Ländern.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen führen Gespräche mit Verbänden behinderter Menschen, Unternehmen und Unternehmensverbänden sowie anderen Institutionen zu einem barrierefreien Tourismus. Ein Ziel dieser Gespräche ist, einen Rahmen für die Aufnahme von Verhandlungen über Zielvereinbarungen zu barrierefreien touristischen Angeboten zu finden und sich zu einzelnen Schwerpunkten zu verständigen. Es geht z. B. darum, Kriterien für barrierefreie Hotels und Gaststätten zu finden, gute Beispiele barrierefreier Hotels und Gaststätten zu bündeln, das Personal für die Belange behinderter Menschen zu sensibilisieren sowie behinderte Menschen über Angebote barrierefreier Hotels zu informieren. Ein anderer wichtiger Bereich ist der Flugverkehr. Im Luftverkehrsgesetz ist ausdrücklich der Abschluss von Zielvereinbarungen vorgesehen. Schwerpunkte von Zielvereinbarungen könnten die barrierefreie Information der Reisenden, die Sensibilisierung des Personals für die Belange behinderter Menschen, die Erforderlichkeit von regelmäßigen Abfragen zum Gesundheitszustand behinderter Menschen, die Art der Durchführung von Sicherheitskontrollen, der barrierefreie Zugang zum Flugzeug, die Barrierefreiheit im Flugzeug und die Sitzplatzauswahl sein.

Daneben hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfegruppen und -organisationen gefördert, um so auf breiter Basis die Einsicht in die Notwendigkeit behindertengerechter Urlaubsangebote im Rahmen der üblichen, breit gefächerten 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.

Einen wichtigen Anteil an dieser Entwicklung hat die Nationale Koordinierungsstelle Tourismus für Alle (Natko), die sich in Zusammenarbeit mit der Tourismuswirtschaft, Verkehrsbetrieben und Fachverbänden um gemeinsame Konzepte für einen barrierefreien Tourismus bemüht und in Kooperation mit Aus- und Fortbildungsstätten künftige Touristiker schon in der Ausbildung für das Thema Barrierefreiheit sensibilisieren und qualifizieren will.

Die Natko, die seit Gründung der Organisation im Jahr 2000 durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung finanziell unterstützt wird, ist die zentrale Anlaufstelle, bei der die in Selbsthilfeorganisationen vorhandenen Informationen über Anforderungen an barrierefreie Urlaubsangebote sowie Daten über bereits vorhandene Reismöglichkeiten gebündelt, aufbereitet und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Die Natko ist mittlerweile für alle Einrichtungen, die sich mit barrierefreiem Reisen beschäftigen, insbesondere für die Tourismuswirtschaft und die Anbieterseite, maßgeblicher Ansprechpartner der Selbsthilfe, um verlässliche Informationen über die Belange behinderter Reisender zu erhalten.

Mit der Förderung der Natko soll der Abbau von Barrieren beim Reisen für Menschen mit Behinderung fortgesetzt und beschleunigt werden.

Nicht zuletzt aufgrund dieser Aktivitäten haben sich die Bemühungen der Tourismuswirtschaft, der Branchenverbände und Fremdenverkehrsorganisationen zur stärkeren Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen in den letzten Jahren bereits deutlich erhöht. Wichtige Branchenverbände wie der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband, der Deutsche Tourismusverband, der Deutsche Reisebüro und Reiseveranstalter Verband und die Deutsche Zentrale für Tourismus haben das Thema aufgegriffen und planen neue Aktivitäten zur Publizierung guter Praxisbeispiele, Qualifizierung des touristischen Fachpersonals, Erweiterung und intensiven Vermarktung des touristischen Angebotes für ältere und mobilitätseingeschränkte Menschen über Publikationen und Internet. Mit seiner Broschüre zu Planungsbeispielen für barrierefreien Tourismus unterstützt auch der ADAC das Thema sehr engagiert.

Die ökonomischen Impulse eines barrierefreien Tourismus spiegeln sich in einer ebenfalls im Jahr 2003 vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit in Auftrag

gegebenen Studie wieder. Die Studie belegt, dass Investitionen in einen barrierefreien Tourismus sich für alle Beteiligten lohnen, und macht deutlich, dass hier ein erhebliches wirtschaftliches Potenzial liegt. Die Studie enthält aber auch Handlungsempfehlungen zur Umsetzung eines barrierefreien Tourismus für alle. Mit dieser Untersuchung liegen auch erstmals verlässliche Daten zum ökonomischen Potenzial vor. Schon jetzt tragen Reisen der Menschen mit Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen mit einem jährlichen Nettoumsatz in Höhe von ca. 2,5 Mrd. Euro zum Volkseinkommen bei.

13.15 Erholungsmaßnahmen für behinderte Menschen weiter ausgebaut

Die Förderungsmöglichkeit von Erholungsmaßnahmen für behinderte Menschen 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 den 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.

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 Menschen im Bundesgebiet führen mit den und für die schwerbehinderten Menschen zum Teil mehrwöchige Ferienfreizeiten durch. Diese Maßnahmen werden häufig aus Spenden finanziert. Darüber hinaus leisten etliche Sozialhilfeträger für diese Ferienfreizeiten einen pauschalen Kostenteilersatz.

13.16 Jugendarbeit stärkt Integration behinderter Kinder

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 Menschen werden durch Angebote der Begegnung und des gemeinsamen sozialen Lernens von behinderten und nichtbehinderten Menschen, durch Ein-

beziehung 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 Menschen, ihr Leben selbst zu gestalten und Mobilität und Kommunikation weiterzuentwickeln, gestärkt.

13.17 Ausländische behinderte Menschen

Die in Deutschland lebenden ausländischen behinderten Menschen haben grundsätzlich die gleichen Schwierigkeiten wie deutsche behinderte Menschen zu bewältigen, sind aber darüber hinaus durch ausländerrechtliche Probleme, sprachliche Schwierigkeiten und Vorbehalte, die der ausländischen Bevölkerung teilweise immer noch entgegengebracht werden, zusätzlich belastet. Daraus folgende Unsicherheiten im Umgang mit Behörden, Anträgen, Beratungsstellen, Fördereinrichtungen und Interessengemeinschaften beeinträchtigen oder verhindern die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen.

Besonders nachteilig wirken sich die genannten Probleme auf die Situation behinderter Kinder aus. Zu beobachten ist eine geringe Inanspruchnahme von Kontroll- und Folgeuntersuchungen. Manche Familien lassen ihr behindertes Kind aus Schamgefühl und anderen Gründen oftmals nicht aus der Wohnung heraus. Schwerhörige oder gehörlose Kinder von Migranten werden durch den Gebrauch einer weiteren Sprache neben der Muttersprache zusätzlich belastet, während für die weitere Entwicklung die frühe Förderung des Erwerbs der deutschen Sprache – neben der Gebärdensprache – in einer der beiden Lautsprachen eine wichtige Rolle spielt. Um die Sprach- und Kommunikationsprobleme ausländischer Kinder und Jugendlicher abzubauen, sind geeignete Stütz- und Fördermaßnahmen sinnvoll.

Die Einleitung eines Sonderschulnahmeverfahrens findet bei Migrantenkindern in der deutschen Schulpraxis überproportional häufig statt. Bei einem Anteil von 9,3 Prozent an der Gesamtschülerschaft sind 16 Prozent aller Sonderschüler ausländische Kinder und Jugendliche und sogar 19 Prozent aller Sonderschüler für Lernbehinderte. Mangelnde und fehlende Deutschkenntnisse werden häufig zu generellen Lernschwierigkeiten umdefiniert und nicht als mögliche Ursachen für Lernprobleme erkannt. Viele Fragen der Familien zum Schulsystem, zur Elternmitarbeit, zu Einzelfragen des Schulalltags bleiben aufgrund der Verständigungsschwierigkeiten offen. Neben geeigneten Stütz- und Fördermaßnahmen erscheint ein Schlüssel die Aus- und Fortbildung von Lehrerinnen und Lehrern zum Umgang mit kultureller und sozialer Heterogenität in der Schule; auch mehrsprachige Sozialarbeiter und Sozialpädagogen bei Behörden, Verbänden und Schulen könnten die Situation verbessern.

Bis heute ist das Themenfeld Migration und Behinderung stark unterrepräsentiert, wenn es um die Erhebung und Erfassung valider Zahlen auf der Grundlage demographischer Daten geht. Rückschlüsse auf bestimmte Nationali-

täten, Geschlechter-, Alters-, oder Behinderungsgruppen sind selten möglich. Bundesweite Vergleichsdaten existieren nicht. Die Zahl der Forschungsarbeiten zum Thema Migration und Behinderung ist nach wie vor verschwindend gering.

Chronische Krankheiten oder Behinderungen stehen bei ausländischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern oftmals im direkten Zusammenhang mit den Bedingungen am Arbeitsplatz. Sie erhalten häufiger als Deutsche Leistungen zur Teilhabe aufgrund eines Arbeitsunfalls; insgesamt nehmen ausländische Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer jedoch deutlich seltener an diesen Leistungen teil.

14. Aus- und Fortbildung von Fachkräften

14.1 Qualifizierung von Fachkräften

Für eine wirksame Rehabilitationsarbeit ist es wichtig, dass die mit ihr betrauten Personen für diese Aufgabe auch qualifiziert sind. Neben der notwendigen Eingangsqualifizierung 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.

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen am Leben unserer Gesellschaft können jedoch nicht wirklich gelingen, wenn diese Aufgaben ausschließlich aus professionellem Selbstverständnis heraus verstanden und bewältigt würden. Wichtig ist daher, dass Selbsthilfverbände von Menschen mit Behinderung ihren Sachverstand bei der Qualifizierung der Rehabilitationfachkräfte einbringen. Bei Fortbildungsmaßnahmen mit deren Berufsverbänden zusammenzuwirken, trägt auch zur Schulung eigener Ansprechpartner innerhalb der Verbände und Organisationen behinderter Menschen bei.

14.2 Neue Approbationsordnung verbessert Ausbildung

Ärztinnen und Ärzte sind in aller Regel erste Anlaufstelle, wenn medizinische, berufliche oder soziale Maßnahmen 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 Aufgaben beeinträchtigen. Außerdem müssen sie beachten, dass chronische Erkrankungen unterschiedlichen Einflüssen unterliegen und ihre Behandlung zumeist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.

Die am 1. Oktober 2003 in Kraft getretene neue Approbationsordnung für Ärzte enthält sowohl Verbesserungen für die ärztliche Ausbildung in Fragen der Rehabilitation als auch in der Geriatrie. Wesentlicher Bestandteil der Diskussionen zur Reform der ärztlichen Ausbildung waren die sich aus der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung ergebenden Aspekte und die Rehabilitation. Die

Vorgabe in der neuen Approbationsordnung, den Unterricht verstärkt fächerübergreifend und problemorientiert am Lehrgegenstand auszurichten, kommt sowohl der Geriatrie als auch dem gesamten Bereich Rehabilitation zugute. Beide Fachgebiete eignen sich wegen ihres interdisziplinären Charakters gut für einen fächerübergreifenden Unterricht.

Ausdrückliche Erwähnung finden „Rehabilitation und Physikalische Therapie“ sowie die „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ im Katalog der Querschnittsbereiche, in denen Leistungsnachweise erbracht werden müssen, die Zugangsvoraussetzung für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sind. Geprüft werden diese Querschnittsbereiche von den Hochschulen. Darüber hinaus sind Fragen der Rehabilitation sowie „altersspezifische Aspekte von Gesundheitsstörungen, ihrer Diagnostik und Behandlung“ Bestandteil des Prüfungstoffkataloges für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

Die Hochschulen haben zudem die Möglichkeit, Geriatrie, Physikalische Therapie, Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Rehabilitationswesen als Wahlfach anzubieten. Über die Festlegung von Prüfungsinhalten, Leistungsnachweisen und Pflichtunterrichtsveranstaltungen hinaus, kann die Approbationsordnung für Ärzte keine einzelnen Ausbildungsinhalte festlegen. Hierfür besitzt der Bund keine Kompetenz. Daher sind die Hochschulen gefragt, besondere Aspekte des jeweiligen Faches im Rahmen der dafür infrage kommenden Unterrichtsveranstaltungen vorzusehen.

Durch die neue Approbationsordnung soll den Hochschulen insgesamt ein größerer Gestaltungsspielraum eingeräumt werden. Es wird daher wesentlich von diesen abhängen, wie sie die durch die neue Approbationsordnung eröffneten Möglichkeiten zugunsten der Ausbildung in der Rehabilitation und der Geriatrie nutzen.

14.3 Weiterbildung „Rehabilitationswesen“

Da sich das rehabilitationsspezifische Wissen in der ärztlichen Ausbildung wesentlich auf die Grundlage bezieht, hat der 98. Deutsche Ärztetag bereits 1992 die Weiterbildungsordnung für Ärzte um die Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ und die Facharztbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ ergänzt. Auch in der novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung aus dem Jahr 2003 sind diese beiden Qualifikationswege weiterhin verankert. Damit können Ärzte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erwerben, die als Spezifikum der Rehabilitation mit ihren Verknüpfungen zum psychologischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Bereich anzusehen sind.

Das GKV-Modernisierungsgesetz hat die Fortbildungspflicht der Ärzte stärker betont. Durch eine 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.

Um eine Übereinstimmung der Kursweiterbildung „Rehabilitation“ zwischen den verschiedenen Ärztekammern herbeizuführen und mit einem klar gegliederten Curriculum zur Qualitätssicherung beizutragen, stellt die Bundesärztekammer der Ärzteschaft ein „Kursbuch Rehabilitation“ mit methodischen Empfehlungen, Lehr- und Lerninhalten für die Weiterbildungskurse zur Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ bereit.

Die Berliner Hochschulen befassen sich u. a. in Lehre und Forschung mit einem Aufbaustudium Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung (Freie Universität) sowie mit Studiengängen für Pflege/Pflegemanagement mit einer Studienplatzkapazität von jeweils 100 Plätzen an der Evangelischen Fachhochschule Berlin und der Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin (in beiden werden Aspekte der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und der Zusammenarbeit mit rehabilitativen Einrichtungen behandelt). Ein Studiengang „Soziale Gerontologie“ ist geplant. Daneben wird ein Studienangebot in Integrationspädagogik an der Freien Universität angeboten. Im Rahmen der ärztlichen Ausbildung werden die angegebenen Querschnittsbereiche nach den Vorgaben der Approbationsordnung behandelt.

Unter Trägerschaft der BfA, der Landesversicherungsanstalt Berlin und der Ärztekammer Berlin veranstaltet die 1986 gegründete Akademie für Sozialmedizin Berlin regelmäßig die für die Erlangung der ärztlichen Zusatzbezeichnungen „Sozialmedizin“ und „Rehabilitationswesen“ erforderlichen Kurse. Das Kursangebot richtet sich an alle sozialmedizinisch interessierten und sozialmedizinisch tätigen Ärzte. Vorwiegend werden die Kurse von Ärzten und Ärztinnen aus Rehabilitationseinrichtungen bzw. den Verwaltungen der Sozialleistungsträger wahrgenommen oder von ärztlichen Gutachtern und Gutachterinnen, die für Sozialversicherungen und Sozialgerichte tätig sind. Mit den verschiedenen Weiterbildungskursen, die auch die aktuellen Entwicklungen in Sozialmedizin und Rehabilitation zum Inhalt haben, besteht die Möglichkeit einer umfassenden, von den jeweiligen Ärztekammern anerkannten Qualifizierung. Im Jahr 2003 wurden sechs Weiterbildungskurse von je zwei Wochen Dauer veranstaltet, an denen 276 Ärztinnen und Ärzte aus dem gesamten Bundesgebiet teilnahmen. Sie machten sich mit verschiedenen Themen der Sozialmedizin, z. B. zum System der sozialen Sicherung, zur Epidemiologie und Statistik, Rehabilitation, Begutachtung und Arbeitsmedizin vertraut. Aspekte der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen an den Rehabilitationseinrichtungen sind innerhalb der Referate, die sich nach den Kursbüchern „Sozialmedizin“ und „Rehabilitationswesen“ der Bundesärztekammer orientieren, u. a. durch eine Vertreterin der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) dargestellt worden. Auch das von der BfA entwickelte Gesundheitstraining, das die Betroffenen zur gesundheitsbezogenen Selbsthilfe anregen und unterstützen soll, wurde in diesem Rahmen vorgestellt.

Zusätzlich ist die Akademie für Sozialmedizin Berlin an der Weiterentwicklung des Ausbildungsangebotes für

Studenten des Reformstudiengangs Medizin an der Charité in Berlin im Rahmen eines Modellprojektes beteiligt. Dies erfolgt mit dem Anliegen, wesentliche Aspekte der Rehabilitation und sozialmedizinischen Beurteilung in das Medizinstudium zu integrieren.

Die überwiegende Zahl der ärztlichen Leiter an den 27 Rehabilitationskliniken der BfA verfügt über eine Weiterbildungsbefugnis für die ärztliche Weiterbildung „Sozialmedizin“ und/oder „Rehabilitationswesen“, sodass dort tätige ärztliche Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen eine anerkannte praktische Weiterbildung in diesen Bereichen absolvieren können. Zusätzlich werden auch in fast allen Rehabilitationseinrichtungen der BfA jeweils zwei Arzthelferinnen ausgebildet, die in die Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation eingearbeitet werden. Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen in den Kliniken soll weiterhin unterstützt werden.

Andere Rentenversicherungsträger stehen im Zusammenhang mit der geänderten Approbationsordnung der Ärzte im Dialog mit den regionalen Universitäten, um die Rehabilitations- und Sozialmedizin stärker in den Lehrplänen zu verankern. Dabei wurden sowohl die Unterstützung von Lehrveranstaltungen, die gemeinsame Weiterentwicklung von Forschungsansätzen als auch die Kooperation durch gemeinsame Hospitation thematisiert.

14.4 Zusatzbezeichnung Geriatrie für Fachärzte

Um das Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit für alte Menschen zu erreichen, sind insbesondere auch für den geriatrisch-rehabilitativen Bereich Spezialkenntnisse erforderlich, die nur über geeignete Qualifikationsmaßnahmen zu erreichen sind. Die vom Ärztetag 1992 geschaffene Möglichkeit der zusätzlichen Weiterbildung in der Geriatrie, zunächst gebunden an die Weiterbildung in Allgemeinmedizin, Innerer Medizin, Neurologie und Psychiatrie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter. Die wachsende Zahl geprüfter Geriater weist ein hohes Interesse und große Akzeptanz in der Ärzteschaft aus. Daher wurde in der im Jahr 2003 vom Deutschen Ärztetag novellierten (Muster-) Weiterbildungsordnung die Geriatrie als für alle Fachärzte erlangbare Zusatzbezeichnung etabliert.

14.5 Neue Aufgaben für Heilberufe

Die Regelung der beruflichen Erstausbildung in Heilberufen unterliegt der Kompetenz des Bundes, der die wichtigsten Rehabilitationsberufe in eigenständigen Berufsgesetzen einschließlich der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen geregelt hat. Die darauf aufbauenden Fort und Weiterbildungen fallen in die Zuständigkeit der Länder. Die Verantwortung hierfür tragen Arbeitgeber bzw. Arbeitnehmer selbst. Das Angebot von Fortbildungen ist vielfältig. Entsprechende Veranstaltungen oder Kurse werden von den Arbeitgebern, Berufsverbänden und Bildungsträgern angeboten.

Ausbildung, Prüfung und staatliche Anerkennung sind derzeit bundesrechtlich geregelt für Masseur und medizinische Bademeister, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen, 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.

Durch eine Gesetzesänderung im Jahre 1998 ist die Berufsbezeichnung „Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin“/„Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut“ durch die modernisierte Bezeichnung „Ergotherapeutin“/„Ergotherapeut“ ersetzt worden. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten vom 2. August 1999 hat die Inhalte der Ausbildung den veränderten beruflichen Anforderungen angepasst.

Mit dem Gesetz über den Beruf der Podologin und des Podologen vom 4. Dezember 2001 ist erstmals ein Beruf bundesrechtlich geregelt worden, dessen Tätigkeitsbereich die medizinische Fußpflege umfasst. Durch die zweijährige Ausbildung werden Podologen befähigt, wichtige Aufgaben in Prävention, Therapie und Rehabilitation auf diesem Gebiet zu übernehmen. Besonders Patientinnen und Patienten, bei denen podologische Behandlungsmaßnahmen mit einem erheblichen Risiko verbunden sein können, werden von den Vorschriften für eine qualitätssichernde Ausbildung profitieren.

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 zur Heilmittelerbringung vertraglich zu den Kasern zugelassen sind.

Der Bund kann in seinen Ausbildungsverordnungen nur die inhaltlichen Mindestanforderungen festlegen. Das trifft auch auf die gesundheitsbezogene Selbsthilfe und die Zusammenarbeit von rehabilitativen Einrichtungen mit der Selbsthilfe zu. Die „Rehabilitationsplanung und -durchführung im interdisziplinären Team“ ist jedoch ein festgeschriebener inhaltlicher Bestandteil für alle Gesundheitsfachberufe. Ebenso geben Fächer wie „Gesundheitslehre und Hygiene“ oder „Prävention“ den für die Durchführung der Ausbildung zuständigen Ländern bzw. Schulen bei der curricularen Umsetzung ausreichend Spielraum, um auch die gesundheitsbezogene Selbsthilfe angemessen in den Unterricht mit einzubeziehen.

14.6 Krankenpflegeberufe modernisiert

Die Ausbildung in den Krankenpflegeberufen ist mit dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 und der dazu er-

lassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003 modernisiert worden. So sieht das Gesetz, welches am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, in seinem Ausbildungsziel ausdrücklich vor, dass die Pflege neben kurativen Maßnahmen auch präventive, palliative und rehabilitative Maßnahmen einzubeziehen hat. Die praktische Ausbildung ist neben Krankenhäusern u. a. auch in Rehabilitationseinrichtungen durchzuführen. Diese gesetzlichen Vorgaben sind in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung näher ausgeführt. Dort ist beispielsweise verbindlich festgelegt, dass bei den Einsätzen in medizinischen Fächern der stationären Versorgung mindestens ein Einsatz auf rehabilitativem Gebiet durchzuführen ist.

Im Rahmen der Ausbildung sollen die Schülerinnen und Schüler befähigt werden, eigenverantwortlich Aufgaben der Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihren Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit zu übernehmen. Weiter soll die Ausbildung dazu befähigen, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

14.7 Bundeseinheitliches Altenpflegegesetz

Zu den berufsspezifischen Aufgaben der Altenpfleger und Altenpflegerinnen in der Behindertenarbeit gehört es, älteren pflegebedürftigen Menschen weitestmöglich bei der Erhaltung oder Wiedererlangung ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit zu helfen und eine selbstbestimmte Lebensgestaltung zu ermöglichen. Hierzu übernehmen sie entsprechend den Erfordernissen ganzheitlicher Hilfe sowohl medizinisch-pflegerische als auch sozialpflegerische Aufgaben. Die demographische Entwicklung in Deutschland, insbesondere der Anstieg psychischer Krankheiten im Alter, erfordert eine diesen Gegebenheiten entsprechende Ausbildung der Altenpfleger/innen.

Diesem Anspruch wird das am 1. August 2003 in Kraft getretene Altenpflegegesetz des Bundes, das die länderrechtlichen Bestimmungen über die Ausbildung in der Altenpflege ablöst, gerecht. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers schreibt die Ausbildung in der personen- und situationsbezogenen Pflege alter Menschen mit Behinderung ausdrücklich vor. Ein besonderer Akzent wird auch darauf gelegt, die Lebenswelten und die sozialen Netzwerke dieses Personenkreises beim altenpflegerischen Handeln zu berücksichtigen.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend führt im Zeitraum von Juni 2004 bis Mai 2008 unter wissenschaftlicher Begleitung ein Modellvorhaben durch, das die Erprobung der Weiterentwicklung der Pflegeberufe zum Inhalt hat. In acht Projekten (davon jeweils eines in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt) werden Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen im Verbund mit stationären

und ambulanten Pflegeeinrichtungen modellhaft erproben, wie die bisher verschieden gestalteten Ausbildungsgänge in der Altenpflege einerseits und der Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege andererseits inhaltlich und strukturell zusammengeführt werden können.

In Hessen werden die Aspekte der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe und der Zusammenarbeit von rehabilitativen Einrichtungen mit der Selbsthilfe im Rahmenlehrplan für die Altenpflege, der sich seit August 2003 in einer dreijährigen Erprobungsphase befindet, berücksichtigt. Im Lernbereich 1 „Theoretischer und praktischer Unterricht in der Altenpflege“ (Lernfeld 1.3: „Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen“) wird unter „Pflege in besonderen Lebens- und Bedarfssituationen“ auch die Pflege alter Menschen mit Behinderungen unter Berücksichtigung der Selbstpflege sowie präventiver und rehabilitativer Maßnahmen angesprochen. Im Lernbereich 2 „Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung“ (Lernfeld 2.1 „Lebenswelten und soziale Netzwerke alter Menschen beim altenpflegerischen Handeln berücksichtigen“) werden explizit Lebenswelten von behinderten Menschen im Alter angesprochen, ihr sozialer Status sowie spezielle Wohnangebote und Dienste.

14.8 Rahmenvereinbarung für die Ausbildung zum Erzieher

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 Menschen und ihren Angehörigen, über erste Hilfe in Krisensituationen sowie über Einrichtungen und Organisationen der Hilfen für behinderte Menschen 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 Menschen auch bei der Fortbildung der Einsatzleitung von Familienpflege und Sozialstationen.

Erzieher und Kinderpfleger sind zunehmend in der Behindertenarbeit auch in integrativen Einrichtungen tätig. Ihre Aus- und Fortbildung muss dieser Entwicklung jeweils Rechnung tragen. Die Inhalte der Ausbildung zum Erzieher/zur Erzieherin sind seit dem 7. November 2002 durch die Rahmenvereinbarung über die Fachschulen in den Bereichen Technik, Wirtschaft, Agrarwirtschaft, Gestaltung und Sozialwesen geregelt. Die Ausbildung von Erzieherinnen und Erziehern befindet sich in Deutschland im Verhältnis zu den anderen EU-Ländern auf einem formal niedrigen Ausbildungsniveau. Dort ist die Ausbildung auf Fachhochschulebene, oft sogar auf universitärer Ebene organisiert. Fachschulen, Praxiseinrichtungen und Fachverbände fordern deshalb seit langem eine Ausbildungsreform.

Erste Ansätze in diese Richtung existieren bereits beispielsweise in Köln, wo ein Diplomstudiengang „Pädagogik der frühen Kindheit und Familie“ eingerichtet wurde. In Freiburg wurde die Kooperation zwischen Fachschule und Fachhochschule im Rahmen eines „Systems des gestuften Qualifikationserwerbs“ in Angriff genommen. Die Berliner Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit/ Sozialpädagogik hat zusammen mit dem Pestalozzi-Fröbel-Haus einen Modellversuch mit dem Abschluss „Bachelor of Education“ eingerichtet.

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.

14.9 Ausbildung von Gebärdensprachdolmetschern stärker fördern

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 Menschen nicht in Gebärdensprache ausgebildet. Im Interesse einer möglichst wirkungsvollen Förderung der betroffenen Kinder und insbesondere nach Anerkennung der Deutschen Gebärdensprache im Rahmen des BGG darf diese Kommunikationsform stärker berücksichtigt werden.

Auch wenn es verfehlt wäre, bei der Kommunikation gehörloser Menschen ausschließlich auf Gebärdensprache abzustellen, wird die Notwendigkeit gesehen, die Ausbildung von Gebärdensprachdolmetschern stärker als bisher zu fördern; für gehörlose Menschen gibt es immer noch zu wenig Gebärdensprachdolmetscher.

14.10 Ausbildung zum Betreuer entwickeln

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 Betreuungsbehörden (Sozialpädagogen, Verwaltungsangestellte) sowie bereits eingesetzte und noch auszuwählende ehrenamtliche Betreuer und Berufsbetreuer. Es erscheint sinnvoll, für Betreuer ein Anforderungsprofil hinsichtlich beruflicher Vorbildung und Erfahrung zu entwickeln, wofür es bisher keine Vorgaben gibt.

14.11 Neue Anforderungen an die Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung

Die in Werkstätten für behinderte Menschen tätigen Fachkräfte zur Arbeits- und Berufsförderung müssen in der Regel Facharbeiter, Gesellen oder Meister mit einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung in Industrie oder Handwerk sein 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 Arbeitstrainingsbereich 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 seinerzeitigen Bundesanstalt für Arbeit und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe vereinbarten „gemeinsamen Empfehlungen zur Fortbildung von Fachkräften zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für Behinderte“.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat im Jahr 2001 eine Verordnung über die Prüfung zum Abschluss „Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen“ erlassen. Die neue Verordnung regelt die Prüfungsanforderungen und damit mittelbar zugleich auch die inhaltlichen Anforderungen an die Fachkräfte zur Arbeits- und Berufsförderung. Sie dient ausschließlich dem Nachweis der geforderten sonderpädagogischen Zusatzqualifikation. Die Inhalte der Prüfung berücksichtigen die vielfältigen und höher gewordenen Anforderungen, die die Zusammenarbeit mit behinderten Menschen erfordert.

Die Ablegung der Prüfung und der Erwerb der Berufsbezeichnung „Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung“ ist jedoch nicht Voraussetzung für die Beschäftigung als Fachkraft in den Werkstätten für behinderte Menschen. Ergänzt wird die Fortbildungsprüfungsverordnung durch die „Verordnung über die Bestimmung der zuständigen Stelle für die Durchführung der Prüfung“ zum anerkannten Abschluss „Geprüfte Fachkraft zur Arbeits- und Berufsförderung in Werkstätten für behinderte Menschen“ vom 24. Juni 2002. Zuständige Stelle ist danach die für Leistungen der Eingliederungshilfe in Werkstätten für behinderte Menschen zuständige Oberste Landesbehörde oder eine von dieser bestimmten Behörde in dem Land, in dem die Prüfung abgelegt wird.

14.12 Fortbildung der Berufsförderungswerke

Die Berufsförderungswerke führen regelmäßig Fortbildung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch, die zum Teil auch durch das Fortbildungsprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert wird. Die Berufsförderungswerke Frankfurt, Hamburg, Heidelberg und Michaelshoven bieten auch überregionale Fortbildung an. Mit der Ausbildung zum Fachpädagogen hat das Berufsförderungswerk Hamburg darüber hinaus ein Weiterbildungsprogramm entwickelt, das vom Bundesinstitut für Berufsbildung mit dem Weiterbildungsinnovationspreis 2004 ausgezeichnet worden ist. Es handelt sich um die erste berufsbegleitende Auf-

stiegsfortbildung mit Handelskammerabschluss in der Bundesrepublik Deutschland. Sie richtet sich an alle, die in der Aus- und Weiterbildung arbeiten oder in außer- oder überbetrieblichen Einrichtungen ausbilden.

Der Fachpädagoge ist eine zweijährige Aufstiegsfortbildung, die für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Aus- und Weiterbildung ohne Hochschulabschluss entwickelt wurde. Die Teilnehmer erhalten eine gezielte ganzheitliche berufspädagogische Qualifizierung und sind gefordert, aktuelle Inhalte mit Fragestellungen aus dem eigenen Berufsalltag zu bearbeiten. Eine Rückkopplung, also „erproben und umsetzen“ in der täglichen Berufspraxis, ist Teil des Lehrplans. Die Inhalte der Ausbildung sind Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen, Theorie und Praxis pädagogischen Handelns sowie die Didaktik multimedialen Lernens und Lehrens. Zusätzlich geht es um betriebliche Personal- und Organisationsentwicklung, die Auseinandersetzung mit Führungs- und Managementaufgaben im Bildungsbereich sowie um die Ausbildung im Rahmen beruflicher Rehabilitation und benachteiligter Jugendlicher.

14.13 Fortbildungsseminare sind Grundlage für effektive Rehabilitation

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 der Ebene der BAR wurde 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. Um diesen Prozess zu unterstützen, hat die BAR eine Praxishilfe „Teamentwicklung in der Rehabilitation“ erarbeitet und in der Schriftenreihe der BAR veröffentlicht. Die BAR, Spitzenverbände verschiedener Trägerbereiche und die Bundesagentur für Arbeit führen erfolgreich trägerübergreifende Fort- und Weiterbildungsseminare für Fachkräfte in der Rehabilitation durch. Sie stellen übergreifende Fragestellungen in den Vordergrund, die Ansatzpunkte für eine Integration des eigenen Verwaltungshandelns in ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept bieten.

Die Seminare verfolgen das Ziel,

- einen themenzentrierten Dialog über neue gesetzliche Regelungen bzw. sich abzeichnende allgemeine Entwicklung zwischen Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern und dem betroffenen Menschen herbeizuführen oder zu verstärken,
- erfolgreiche Ansätze zur Verbesserung des Leistungsangebotes in allen Bereichen der Teilhabe im Sinne

von Best-Practice-Beispielen vorzustellen und dadurch deren Umsetzung zu fördern,

- indikationsspezifische Fragestellungen hinsichtlich der Erfordernisse eines ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes aufzuarbeiten.

Die Seminare werden, soweit möglich, in Einrichtungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation durchgeführt, um Theorie und Praxis der Leistungserbringer stärker miteinander zu verbinden. Grundsätzlich stehen die Seminare auch den Fachkräften aus den Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe offen und werden verstärkt aus diesem Bereich besucht.

Bei der Beratung, Leistungsbewilligung und Leistungserbringung sind die besonderen Bedürfnisse von Frauen mit Behinderung zu berücksichtigen. Die zuständigen Mitarbeiter der Leistungsträger und Leistungserbringer sind daher sehr an einer entsprechenden Fortbildung interessiert. Die Anmeldungszahlen zu den Seminaren „Umsetzung des SGB IX im Hinblick auf die besonderen Belange behinderter Frauen“ belegen das große Interesse an der Suche nach gemeinsamen Lösungsansätzen.

In Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung führen

- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke,
- die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation,
- die Arbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (seit 2003),
- die Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (seit 2003) und
- der Bundesarbeitskreis Berufsförderungswerke (seit 2004)

einrichtungsübergreifende Fortbildungsseminare für Fachkräfte der Rehabilitation und Integration von behinderten Menschen durch. Im Vordergrund stehen dabei die Entwicklung und Vermittlung innovativer Handlungsstrategien sowie die gemeinsame Erarbeitung von Interventions- und Behandlungskonzepten und die permanente Aktualisierung des Wissens sowie die rasche Verbreitung neuer Erkenntnisse aus Projekten. Die Seminare umfassen rechtliche, 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 mög-

lichst zu harmonisieren sowie Nahtlosigkeit der Leistungen und Zusammenarbeit aller Beteiligten im Netzwerk der Rehabilitation sicherzustellen. Die Zahl der Seminare hat sich aufgrund steigender Nachfrage von 17 im Jahr 1986 auf heute rund 60 entwickelt.

Für die technische Vorbereitung und Abwicklung der Seminare ist eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Die Kosten für den Betrieb und für den Einsatz der Referenten betragen in 2004 ca. 340 000 Euro. Die Mittel werden vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gezahlt.

14.14 „Wegweiser für Ärzte“ aktualisieren

Um eine qualitativ hochwertige Rehabilitation unter Berücksichtigung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Prognose sowie Effektivität und Effizienz der Rehabilitationsmaßnahme im Denken der Ärzte zu verankern, hat die BAR die zweite Auflage des Fachbuchs „Rehabilitation Behinderter – Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation“ neu herausgegeben und stieß bei Ärzten und Mitarbeitern in anderen Gesundheitsberufen, aber auch im universitären und Verwaltungsbereich auf großes Interesse. Dieser Wegweiser dokumentiert den seit Jahren andauernden Innovationsschub insbesondere 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. Die anhaltend starke Nachfrage belegt, dass der „Wegweiser“ in seiner Komplexität und Darstellung der Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland ein nicht wegzudenkendes Lehrmittel auf diesem Gebiet darstellt. Die BAR erarbeitet zurzeit eine ergänzende und aktualisierte Neuauflage, die die inzwischen veränderte Gesetzeslage im Bereich der Rehabilitation berücksichtigt und sich an den Grundlagen und Verfahren einer patientenzentrierten, problem- und zielgruppengenaue Rehabilitation orientiert, aber auch die zeitgemäße und wissenschaftlich fundierte Fortentwicklung auf diesem Gebiet widerspiegelt. Hier ist vor allem an die Anpassung der Begrifflichkeit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihren Einfluss auf das SGB IX gedacht, aber auch an die Berücksichtigung der ihr zugrunde liegenden Defizit- und Ressourcenbeschreibung. Auch soll dem seit 1994 erfolgenden Ausbau der ambulanten Rehabilitation Rechnung getragen werden.

Die BAR stellt im Rahmen ihres satzungsgemäßen Auftrags bundesweit ausgewählte Multiplikatorengruppen und Institutionen wie Universitäten, Fachhochschulen, Krankenpflegesschulen und Sozialmedizinischen Diensten der Krankenversicherung Bibliotheksexemplare zur Verfügung.

14.15 Arbeits- und Praxishilfen der BAR praktische Orientierungshilfe

Die Arbeits- und Praxishilfen der BAR für die Rehabilitation bestimmter Behinderungsarten haben sich seit länge-

rem als praktische Orientierungshilfe etabliert. Sie finden als wichtige Informationsquelle für Grundlagenwissen in spezifischen Bereichen von Krankheiten und Behinderungen sowie zugleich als geeignete Handlungsanleitung für die Praxis großen Zuspruch. 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 Rehabilitationsträger, indem sie die Nahtstellen und Übergänge im Gesamtsystem der Rehabilitation berücksichtigen. Autoren dieser Arbeitshilfen sind langjährige erfahrene Rehabilitationsexperten sowie Verwaltungsfachleute. Bislang sind Arbeitshilfen erschienen für die Rehabilitation

- schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher,
- Koronarkranker,
- von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen,
- von Schlaganfallpatienten,
- von Rheumakranken,
- bei älteren Menschen,
- Krebskranker,
- von psychisch kranken und behinderten Menschen,
- von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten,
- allergischer Atemwegserkrankungen,
- von Suchtkranken (Alkohol – Drogen – Medikamente) sowie
- zur stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.

In der Planung sind Arbeitshilfen für die Rehabilitation von Menschen mit Hör-, Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen, von allergischen Hauterkrankungen, Epilepsie, Morbus Parkinson, nichtstoffgebundenen Abhängigkeits-erkrankungen, Multipler Sklerose sowie von chronischen Schmerzen betroffene Menschen. Des Weiteren ist geplant, eine Arbeitshilfe zur internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderungen und Gesundheit (ICF) als Handreichung für die Praxis zu erarbeiten. Mit dieser „Anwendungshilfe“ soll die Verbreitung und Akzeptanz des ihr zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modells der Funktionsfähigkeit und Behinderung gefördert werden; nicht zuletzt, um die Umsetzung der vereinbarten Konzepte der Rehabilitation und Teilhabe in die Praxis zu erleichtern.

Alle Arbeitshilfen werden regelmäßig aktualisiert und an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Praxiserfahrungen angepasst.

14.16 Fort- und Weiterbildung für Servicestellenmitarbeiter

Für die Ausbildung des Personals der gemeinsamen Servicestellen wurde durch die BAR ein Curriculum für eine 2-tägige Grundschulung entwickelt. Dieses wurde in vier Testseminaren mit trägerübergreifender Beteiligung durchgeführt und inhaltlich weiterentwickelt. Um die Zusammenarbeit innerhalb der Servicestelle zu fördern, wurden diese Seminare jeweils nur für das Personal von maximal drei Servicestellen angeboten. Eine flächendeckende Schulung der Servicestellenmitarbeiter/innen erfolgt durch die hierfür federführenden Landesversicherungsanstalten auf der Grundlage des erwähnten Curriculums. Diese Schulung stellt schwerpunktmäßig eine Schulung zum Leistungsrecht der jeweiligen Träger dar. Weitere Seminare zu allgemeineren Themen (Beratungstechnik, indikations- und frauenspezifische Beratung etc.) sowie eventuell notwendige Vertiefungen zu einzelnen sozial- und leistungsrechtlichen Fragen sollen von einer trägerübergreifenden Arbeitsgruppe nach Auswertung des Forschungsberichtes zur Arbeit der Servicestellen zielgerichtet erarbeitet werden.

Die LVA Baden-Württemberg und Sachsen führen Aufbau-seminare für das Servicestellenpersonal durch.

Häufig waren bei den Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der gemeinsamen Servicestellen auch Vertreter von Behindertenverbänden eingesetzt, die über die Aufgaben von Servicestellen aus der Sicht der behinderten Menschen referiert haben. Vonseiten der Servicestellenmitarbeiter der gesetzlichen Rentenversicherung werden auch Weiterbildungsangebote der Verbände behinderter Menschen genutzt. Angeboten werden regional z. B. Fortbildungsveranstaltungen zu den Themen „Persönlicher Umgang mit Menschen, die mit unterschiedlichen Behinderungen leben“ und „Persönliche Assistenz im Arbeitgebermodell“.

Die BfA hat im Rahmen ihrer 3-tägigen Reha-Beratertagungen alle Reha-Berater und Beraterinnen nochmals eingehend über die Rechtsvorschriften auch der anderen Rehabilitationsträger informiert. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Bildungsträgern, Behindertenverbänden, Selbsthilfegruppen, Integrationsfachdiensten und anderen Rehabilitationsträgern werden zu regionalen Tagungen der Reha-Berater und -Beraterinnen eingeladen, um über bestimmte Themen zu referieren. Behinderte Frauen und Männer werden in die Aus- und Fortbildung einbezogen. Die Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter der gemeinsamen Servicestellen erfolgt unter Einbeziehung der Selbsthilfe von chronisch Kranken und behinderten Menschen.

Trotz der Bemühungen von BAR und Rehabilitationsträgern muss die Aus- und Fortbildung des Personals der gemeinsamen Servicestellen noch verbessert werden, um dem gesetzlichen Anspruch nach besonders qualifiziertem Personal mit besonderen Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis zu genügen.

15. Forschung**15.1 Forschung unterstützt Teilhabe und Rehabilitation**

Die Ziele der Rehabilitation und Teilhabe 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 Teilhabe behinderter Menschen zu verbessern. Forschungsarbeiten und wissenschaftliche Erkenntnisse unterschiedlicher Fachdisziplinen haben daher großen Einfluss auf Ziele und Wege der Rehabilitation und der Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Daher unterstützen neben der Bundesregierung auch die Länder und die wissenschaftlichen Institute der Rehabilitationsträger die Forschung und Entwicklung neuer Erkenntnisse.

Durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung werden nachfolgende Forschungsschwerpunkte mit einem direkten Bezug zu Behinderungen gefördert:

Förderschwerpunkt	Projektlaufzeit	Mitteinsatz
Prävention	2004 bis 2007	6 Mio. Euro
Rehabilitationswissenschaften:	1998 bis 2005	20 Mio. Euro (Bundesministerium für Bildung und Forschung-Anteil)
Versorgungsforschung	2001 bis 2007	2 Mio. Euro (Bundesministerium für Bildung und Forschung-Anteil)
Pflege:	2003 bis 2009	11 Mio. Euro
Seltene Erkrankungen	2003 bis 2009	25 Mio. Euro
Organersatz	2001 bis 2007	9 Mio. Euro
Innovative Therapieverfahren	2005 bis offen	12 Mio. Euro
Regenerative Medizin	2005 bis 2011	9 Mio. Euro
Kompetenznetze Demenzen	2002 bis 2007	13 Mio. Euro
Kompetenznetz Parkinson	1999 bis 2004	13 Mio. Euro
Kompetenznetz Schlaganfall	1999 bis 2004	13 Mio. Euro
Kompetenznetz Herz-Kreislaufkrankungen	2002 bis 2008	37 Mio. Euro
Kompetenzzentren für Medizintechnik	2000 bis 2005	9 Mio. Euro
Innovationswettbewerb Medizintechnik	2000 bis offen	8 Mio. Euro
Nationales Genomforschungsnetz, Herzkreislauf	2000 bis 2004	11 Mio. Euro
Nationales Genomforschungsnetz, Neuro	2000 bis 2004	16 Mio. Euro
Nationales Genomforschungsnetz, Umweltbedingte Erkrankungen	2000 bis 2004	10 Mio. Euro

Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung

In den weiteren Forschungsschwerpunkten Ernährungsforschung, Suchtforschung, Allgemeinmedizin, Schmerzforschung, Infektionskrankheiten, Krebs sowie Strukturmaßnahmen werden ebenfalls Erkrankungen bearbeitet, die zu Behinderungen führen können.

15.2 Forschungsprojekt „Einrichtung und Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen“

Als Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX wurde das Forschungsprojekt im Juni 2004 abgeschlossen.

Behinderte Menschen sollen in den Servicestellen als trägerübergreifende Auskunft- und Beratungsstellen Beratung und Unterstützung „aus einer Hand“ erhalten, unabhängig davon, welcher Leistungsträger für die Erbringung einer Leistung zur Teilhabe zuständig ist. Gegenstand der Untersuchung war die Implementierung und Fortentwicklung der Servicestellen und die Frage, inwieweit die Servicestellen der Zielsetzung des Gesetzgebers nachkommen, insbesondere

- Strukturaufbau und Trägerschaft,
- Arbeitsweise,
- Struktur und Qualifikation der Mitarbeiter,
- Inanspruchnahme und Klientenstruktur sowie
- Kooperation und Vernetzung, insbesondere mit den Verbänden behinderter Menschen.

Hierzu dienten zwei schriftliche Befragungen sämtlicher Servicestellen, vertiefende telefonische Befragungen von Servicestellenmitarbeitern, eine schriftliche Befragung von Nutzern und Teammitgliedern sowie zwei Workshops zur Erörterung der Untersuchungsergebnisse und zum Erfahrungsaustausch.

Ein einheitliches Beratungsprofil existiert nicht. Unterschiede bestehen auch in der Definition eines „Servicestellenfalls“, rund 35 Prozent der Servicestellen sehen im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben erst dann einen Servicestellenfall als gegeben, wenn mindestens ein weiterer Rehabilitationsträger beteiligt werden muss.

Aufgrund der differenzierten Darstellung der gegenwärtigen Situation im Abschlussbericht können insbesondere Rehabilitationsträger, die Servicestellen betreiben, Vergleiche zu anderen Servicestellen ziehen und sich über Erfolgsfaktoren der Umsetzung informieren; außerdem können aus ihm Hinweise auf Nachbesserungsnotwendigkeiten sowie Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Servicestellen abgeleitet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat die Rehabilitationsträger, die Servicestellen eingerichtet haben, auch zu Ergebnissen der Begleitforschung mehrfach zu Gesprächen eingeladen und wird sie in Kürze nochmals auffordern, sich zumindest auf einheitliche Öffnungszeiten, gemeinsame Absprachen über die Zusammenarbeit mit den Verbänden der behinderten Menschen, die Wahrnehmung der neuen Aufgaben der Servicestellen im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements und

eine Öffentlichkeitsarbeit „aus einer Hand“ zu verständigen.

15.3 Forschung zum Persönlichen Budget

Im Oktober 2004 hat ein weiteres Vorhaben – zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets – mit der Arbeit begonnen. Mit ihm soll bundesweit die Bereitschaft zur Inanspruchnahme Persönlicher Budgets erhoben werden; in den acht Modellregionen sind differenzierte Erhebungen vorzunehmen sowie Beratung, Unterstützung und Fortbildung anzubieten, insbesondere zu Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen.

Um auch Menschen mit geistiger Behinderung die Nutzung des Persönlichen Budgets zu ermöglichen, wurde unter dem Namen PERLE von den Bodenschwingschen Anstalten, Bielefeld, in Zusammenarbeit mit der Universität Dortmund die Vergabe von Persönlichen Budgets an Menschen mit geistiger Behinderung bereits erprobt. Besonderes Augenmerk wurde darauf gerichtet, inwieweit Menschen mit geistiger Behinderung mithilfe Persönlicher Budgets auf die Gestaltung von Freizeitmaßnahmen Einfluss nehmen können.

15.4 Folgewirkungen für Sozial- und Jugendhilfe

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX wurde der Kreis der Rehabilitationsträger um die Träger der Sozialhilfe und der Jugendhilfe erweitert. Trotz des weiterhin bestehenden Nachrangs der Sozialhilfe stellte sich die Frage möglicher finanzieller Auswirkungen für die neuen Rehabilitationsträger. Insbesondere bei der Beratung der Zustimmung des Bundesrates zum SGB IX wurde befürchtet, dass die Neuregelungen nicht kostenneutral bleiben, sondern zu zusätzlichen Belastungen führen würden. Entsprechend dem Beschluss des Bundesrates wurden daher die finanziellen Folgewirkungen auf die Träger der Sozialhilfe und öffentlichen Jugendhilfe wissenschaftlich bewertet. Dabei wurden u. a. die Ausgabenentwicklung analysiert, Berechnungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger überprüft sowie auf der Grundlage der Auswertung eigener Erhebungen bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe und öffentlichen Jugendhilfe die Auswirkungen auf der Ebene der örtlichen Träger abgeschätzt.

Nach Gegenüberstellung von Be- und Entlastungen ergaben sich nach dem Ergebnisbericht Belastungen der überörtlichen Sozialhilfeträger in Höhe von rund 21,6 Mio. Euro für das Jahr 2002.

Insgesamt ergab die Analyse, dass die Einführung des SGB IX bei den Trägern der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe eher zu Belastungen geführt habe; gemessen an den im Vorfeld geäußerten Befürchtungen seien diese jedoch gering ausgefallen. Neben Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung hätten lediglich die Hilfen nach § 35a SGB VIII mit 86 Mio. Euro nennenswert zu Buche geschlagen.

15.5 Rehabilitationswissenschaftliche Hochschulforschung

Ein Schwerpunkt rehabilitationswissenschaftlicher Forschung ist die medizinische Rehabilitation. Die seit Beginn der 90er-Jahre an einigen Universitäten zu beobachtende stärkere Einbeziehung rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsthemen hat sich fortgesetzt. An den medizinischen Fakultäten existieren einzelne Einrichtungen, die sich insbesondere mit der stationären medizinischen Rehabilitation beschäftigen, beispielsweise in Lübeck, Hannover, Hamburg, Freiburg und Ulm. Außerhalb der medizinischen Fakultäten finden sich wissenschaftliche Institute insbesondere für Rehabilitationspsychologie und -soziologie sowie unterschiedliche Zweige der Pädagogik.

15.6 Bundesministerium für Bildung und Forschung und Rentenversicherung fördern Rehabilitationswissenschaften

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Deutsche Rentenversicherung haben einen gemeinsamen Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ ins Leben gerufen, in dem acht regionale Forschungsverbände über einen zweiphasigen Zeitraum von insgesamt acht Jahren (1998 bis 2002, 2001 bis 2005) gefördert werden. Das Finanzvolumen beträgt insgesamt 40,9 Mio. Euro, das von beiden Förderern je zur Hälfte aufgebracht wird. Zielsetzung des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ ist es, Qualität und Umfang anwendungsorientierter Forschung auf dem Gebiet der Rehabilitation zu steigern und die strukturelle Verankerung der Rehabilitationswissenschaften an Universitäten und Hochschulen nachhaltig zu stärken. Damit soll die wissenschaftlich begründete Weiterentwicklung der Rehabilitation langfristig sichergestellt werden.

Als ein wesentliches Ergebnis der zwischenzeitlich abgeschlossenen ersten Förderphase kann festgehalten werden, dass die Effektivität und Effizienz moderner Behandlungselemente der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung belegt werden konnte. Hierzu zählen insbesondere didaktisch aufbereitete Schulungsprogramme für verschiedene Indikationsgruppen – wie etwa Morbus Bechterew, Asthma oder chronische Bronchitis – aber auch spezifische Therapieprogramme und Interventionsbausteine für psychosomatische und Suchtpatienten.

In der derzeit laufenden zweiten Förderphase werden die Themenbereiche weitergeführt und vertieft. Im Vergleich zur ersten Förderphase sind nunmehr verstärkt Projekte aus dem Themenbereich „Nachsorge“ vertreten.

Gegenstand der Forschung im Bereich der BfA, für die allein im Jahr 2004 rund 4,65 Mio. Euro veranschlagt wurden, sind die für die Rehabilitation wichtigsten Krankheitsgruppen. Dabei sind Schwerpunkte der Forschung:

- Entstehungszusammenhänge, Verläufe und Prognosen bei Reha-relevanten Krankheiten und ihren Folgen,
- reha-diagnostische Verfahren,

- Weiterentwicklung und Evaluation von Rehabilitationsleistungen,
- Patientenverhalten in der Rehabilitation,
- Rehabilitationssystem.

15.7 Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Rehabilitation Unfallverletzter

Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften unterstützt Forschungsvorhaben auf den Gebieten der Rehabilitation Unfallverletzter. Die Mehrzahl dieser Forschungsprojekte befasst sich mit der Entwicklung neuer oder verbesserter Behandlungsmethoden nach schweren Unfallverletzungen mit dem Ziel, dass dauerhafte Behinderungen nicht entstehen.

Zunehmend werden aber auch Projekte gefördert, die sich mit der Verbesserung der Situation behinderter Menschen befassen. Hierzu gehört das kürzlich abgeschlossene Projekt „Qualitätssicherung in Kliniken für die berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung der Unfallversicherung“, das mit einem Betrag von 420 000 Euro gefördert wurde. Die Ergebnisse des Projekts werden zurzeit ausgewertet.

Weiterhin wurde ein Projekt „Rehabilitationswissenschaftliche Projekte im Bereich Verletzungen, Erkrankungen der Hand und der oberen Extremität“ mit einem Betrag von ca. 150 000 Euro unterstützt. Aufgrund der Ergebnisse dieses Projekts wurde ein Folgeprojekt mit dem Titel „Prozess- und Ergebnisevaluation therapeutischer rehabilitativer Interventionen anhand einer Orientierung an individuellen und gruppenspezifischen DASH-Werten“ mit einem Fördervolumen von ca. 320 000 Euro bewilligt, das noch bis zum Jahr 2006 läuft.

Mit der Verbesserung der Situation behinderter Menschen befasst sich auch das geplante Projekt „Boberger Qualitätsscore – Entwicklung und Anwendung eines Ergebnis-Qualitätsscores zur Förderung einer erfolgreichen Rehabilitation und gesellschaftlichen Reintegration von querschnittgelähmten Patienten“. Für dieses Projekt ist eine Fördersumme von 400 000 Euro vorgesehen.

15.8 Forschung im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben

Bei der Forschung im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben steht nach wie vor die Zielsetzung im Vordergrund, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Rehabilitationseinrichtungen im Blick auf die sich wandelnden Anforderungen des Arbeitsmarktes zeitgerecht fortzuentwickeln. Ein Schwerpunkt betrifft das Arbeitsleben selbst in Bezug auf die Bedingungen, Anforderungen und Chancen, die es für die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben bietet. Den anderen Ansatzpunkt bilden die besonderen Maßnahmen und Einrichtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, in denen sich das „Know-how“ zur Eingliederung behinderter Menschen ins Berufs- und Arbeitsleben konzentriert und in denen folglich auch Probleme und Fortentwicklungsnotwendigkeiten in konzentrierter Form sichtbar werden. Nur immer wieder neue Pionierarbeit im

Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben sichert die Chancen behinderter Menschen auf gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben.

Bemühungen im Bereich der beruflich-sozialen Rehabilitation widmen jenen Menschen bisher wenig Aufmerksamkeit, deren bestehendes Beschäftigungsverhältnis infolge einer erstmals auftretenden oder auch drohenden Behinderung gefährdet ist. Daher kommt es darauf an, erste Anstrengungen für ein so genanntes Ausgliederungsverhinderungsmanagement zu stärken. Mit dem von der BAR entwickelten Konzept für ein Case-Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen soll Langzeitarbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen vermieden werden. Ziel des Projektes war die Erprobung des Konzepts an etwa zehn verschiedenen Standorten über einen Zeitraum von drei Jahren (bis Ende 2004).

Dabei wird ermittelt,

- inwieweit die vorgesehenen Ziele des Modellvorhabens erreicht werden,
- welche Rahmenbedingungen und projektimmanenten Strukturen und Prozesse zur Zielerreichung beitragen und
- welche Strategien sich zur optimalen Zielerreichung eignen.

Die Dokumentationsphase wurde im Juli 2004 beendet. Mit der Aufarbeitung der Ergebnisse ist Ende 2004 zu rechnen.

Das Projekt Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben geht davon aus, dass die Chancen von behinderten Menschen wesentlich davon abhängen, dass persönliche Fähigkeiten und Bedingungen des Arbeitsplatzes/-marktes möglichst genau eingeschätzt werden müssen, Risiken frühzeitig erkannt und notwendige Interventionen frühestmöglich eingeleitet werden. Darüber hinaus muss die Qualität von präventiven Maßnahmen und Leistungen zur Teilhabe, einschließlich entsprechender Diagnostik und Planung, möglichst einheitlich definiert und nachhaltig gesichert werden. Auch darf nicht übersehen werden, dass die Menschen, um die es geht, vollständig informiert und motiviert sind und dass deshalb die Entscheidungen, die Planung und die Steuerung der Maßnahmen im Dialog mit den Betroffenen erfolgen müssen.

Aufbauend auf das Projekt „Prävention und Rehabilitation zur Verminderung von Erwerbsminderung (PRVE)“ richten sich daher die Anstrengungen dieses Projektes u. a. auf die Entwicklung eines Frühwarnsystems im betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie auf die praktische Erprobung im Unternehmen.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen“ wurde festgestellt, dass Strukturen zur Vernetzung zurzeit noch relativ selten anzutreffen sind. Beim Aufbau eines entsprechenden Netzwerkes nehmen die Betriebsärzte eine wichtige Rolle ein. Grundlegend für den Auf-

bau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ist jedoch zunächst eine entsprechende Bereitschaft der Unternehmensführung, Gesundheit der Mitarbeiter, Prävention und Rehabilitation als Unternehmensziele zu definieren. Allerdings zeigt es sich, dass besonders in kleinen und mittleren Betrieben das Vernetzungspotenzial eines Betriebsarztes nur sehr eingeschränkt zur Verfügung steht. Sofern Betriebsärzte nicht Angestellte eines Betriebes sind, bleibt nur wenig Zeit für die praktische Umsetzung theoretischer Konzepte zur Erkennung eines frühzeitigen Rehabilitationsbedarfs.

Zu den im Rahmen der Untersuchung ausgesprochenen Handlungsempfehlungen gehören insbesondere folgende:

- Initiierung gesundheitspolitischer Kampagnen,
- Einführung eines Bonus-/Malussystems,
- Einrichtung eines „Kümmerers“ innerhalb eines Betriebs, der auch als Ansprechpartner nach außen fungiert,
- Kammern und Innungen sollten zunehmend eine Rolle als Berater in Fragen des Gesundheitsschutzes wahrnehmen,
- Steigerung des Bekanntheitsgrades der Servicestellen,
- Betriebsärzten ein verstärktes Mitspracherecht bei der Gestaltung betrieblicher Krankheitsprävention einzuräumen,
- Vergütungsregelungen für die Netzwerkarbeit einzuführen,
- die Rolle des Hausarztes als Lotsen zu stärken/Verpflichtung zur Kontaktaufnahme mit Betriebsärzten sowie
- Fortbildungsangebote für Hausärzte mit arbeitsmedizinischer Thematik anzuregen.

15.9 Forschung für behinderte Frauen

Das Forschungsprojekt „Berufliche Teilhabe von Frauen mit (unterschiedlichen) Behinderungen unter der besonderen Berücksichtigung von Frauen mit Betreuungspflichten“ kommt zu dem Ergebnis, dass das SGB IX eine Lösungsplattform darstellt, um die berufliche Teilhabe von Frauen mit Behinderung zu verbessern, diese Möglichkeiten in der Praxis jedoch noch unzureichend genutzt werden. So haben Frauen mit Behinderung zwar einen individuellen Anspruch auf Leistungen, auf dem Markt finden sich jedoch noch nicht in wünschenswertem Umfang Angebote, die auf die besonderen Belange dieser Zielgruppe zugeschnitten sind.

Im Forschungsbericht wird u. a. dargestellt, dass weitere Berufsfelder für Frauen mit Behinderung erschlossen werden müssen, beispielsweise in sozialen Gesundheitsberufen aber auch in zukunftssicheren Berufen wie Informationstechnologie, Logistik, Tourismus oder Laborberufe. Um den Übergang in die Berufstätigkeit zu erleichtern gilt es, die Schnittstelle zwischen dem Berufsförderungswerk und dem Integrationsamt am Wohnort zu verbessern sowie die Kooperation mit Betrieben aktiv zu

gestalten. Des Weiteren wird empfohlen, die Datenlage für eine geschlechtsspezifische Beschreibung der Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation zu verbessern (Erfassungen zu Art und Dauer von Maßnahmen, Art und Grad der Behinderung, Daten zum Verbleib nach Abschluss der Maßnahme).

15.10 Projekte für behinderte Frauen

Das Praxisprojekt „bundesorganisationsstelle behinderte frauen“ wurde von September 1999 bis November 2003 durch die Bundesregierung gefördert. Der Schwerpunkt des Projektes lag in der Ermittlung konfliktbelasteter Situationen behinderter Frauen, die ihre unterschiedlichen Lebens-, Erwerbs- und Familiensituationen verdeutlichten, sowie im Aufzeigen von Defiziten bei der Gleichstellung behinderter Frauen.

In dem Teilprojekt „Die Situation von behinderten Frauen in der sozialen und beruflichen Rehabilitation – Voraussetzungen und Hindernisse in der aktuellen Rechtslage“ wurden die zuvor ermittelten Situationen unter den Gesichtspunkten der Gleichstellung behinderter Frauen rechtlich analysiert. Dieses Projekt hat mit dazu beigetragen, dass Bedarfe behinderter Frauen praxisnah in die Gesetzgebung der letzten und jetzigen Legislaturperiode eingebracht werden konnten, insbesondere in das SGB IX, das BGG und die Strafrechtsreform.

Mit Publikationen will die Bundesregierung insbesondere auf die Lebenssituation behinderter Frauen hinweisen:

- Die Broschüre „Einmischen – Mitmischen“ ist eine Informationsbroschüre, die von Betroffenen für behinderte Frauen geschrieben und erstellt wurde.
- Das Plakat und die Broschüre „Mit mir nicht“ stellen für Menschen mit geistiger Behinderung Informationen zum Beschäftigtenschutzgesetz in einfacher Sprache zur Verfügung.

Die Schwerpunkte des Projektes „Politische Interessenvertretung behinderter Frauen“ (2003 bis 2005) liegen in der Wahrnehmung der Beteiligungsrechte behinderter Frauen nach dem SGB IX sowie des BGG, der Beteiligung an der Umsetzung beider Gesetze als auch in der Beteiligung an weiteren Maßnahmen der Bundesregierung und im Europäischen Raum in den für behinderte Frauen relevanten Bereichen. Die Interessenvertretung Weibernetz ist in bundesweiten Gremien wie z. B. im Deutschen Behindertenrat (DBR), im Deutschen Frauenrat und in Gremien der BAR engagiert.

15.11 Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“

Vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde von 2000 bis 2003 das Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“ gefördert, bei dem der Schwerpunkt auf die Teilhabe am Arbeitsleben gelegt wurde. Im Rahmen dieses Projektes wurden auf der Grundlage einer bundesweiten Bestandsaufnahme sowie von exemplarisch in drei Regionen durchgeführten Erhebungen Leitlinien und Empfehlun-

gen zur Weiterentwicklung formuliert. Im Jahre 2003 wurde im Rahmen eines Vorprojektes ein dreijähriges Implementationsprojekt vorbereitet, bei dem die Entwicklung von regionalen Verbundsystemen zur Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch kranke Menschen durch wissenschaftliche Beratung, wechselseitigen Erfahrungsaustausch und Kompetenztransfer nach der Benchmarkingmethode gefördert werden soll. Diese regionalen Verbünde sollen als Referenzregionen auch anderen interessierten Verbänden den Auf- und Umbau ihrer Hilfesysteme erleichtern.

15.12 Forschung im Bereich der Weiterbildung

Schwerbehinderte Mitarbeiter werden häufig an Arbeitsplätzen mit meist gleich bleibenden, klar definierten und eingegrenztem Tätigkeitsfeld eingesetzt. Aufgrund der Behinderung haben sie gerade im Bereich der personalen Kompetenzen einen höheren Weiterbildungsbedarf und größere Schwierigkeiten als ihre nichtbehinderten Kollegen. Im Rahmen des Projektes Kompetenz 2000plus wurden daher eine Reihe von Weiterbildungskonzepten für behinderte Menschen entwickelt und erprobt, die auf den Ergebnissen einer Erhebung zum Weiterbildungsbedarf schwerbehinderter Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beruhen.

Aufgrund der Erfahrungen mit Weiterbildungsseminaren, die behinderungsübergreifend konzipiert sind, wurde das Angebot um Konzeptionen erweitert, die sich speziell an den Adressatenkreis sinnesbehinderter Menschen wenden. Mit der Entwicklung von speziellen Angeboten wurden die Eingliederungsbemühungen des Integrationsfachdienstes unterstützt. So wurde ein Informationsdienst für Arbeitgeber entwickelt und erprobt, der speziell für diesen Adressatenkreis aktuelle Informationen zur Beschäftigung behinderter Menschen kurz und anschaulich aufbereitet und allen Interessenten zugänglich ist.

Die Entwicklung von speziellen Schulungsangeboten für Personalverantwortliche zum Themenkreis „Umgang mit behinderten Mitarbeitern“ war ein dritter Schwerpunkt des Projektes.

Bei modernen PC-Arbeitsplätzen wird die Nutzung berufsrelevanter CD-ROMs, der Zugriff auf das weltweite Internet und auf das betriebliche Intranet mehr und mehr zum Standard. Die Zugänglichkeit dieser Informations- und Kommunikationsanwendungen ist für die Teilhabe blinder und sehbehinderter Menschen am Arbeitsleben daher eine wichtige Voraussetzung. Der Aufbau eines Kompetenzzentrums „Barrierefrei informieren und kommunizieren“ (BIK), die Entwicklung einheitlicher Richtlinien, Prüfverfahren und Gestaltungswerkzeuge und deren Anwendung durch Regionale Beratungsstellen konnte und kann die Zugänglichkeit von Informations- und Kommunikationsanwendungen und damit die Beschäftigungschancen blinder und sehbehinderter Personen nachhaltig verbessern.

In einem Gemeinschaftsprojekt wird die Zugänglichkeit berufsrelevanter Informations- und Kommunikationsanwendungen (Intranet, Internet, grafische Programmober-

flächen von CD ROMs) für blinde und sehbehinderte Computernutzer verbessert. Mit dem am 31. Dezember 2004 endenden Projekt BIK I wurden erfolgreich Prüfverfahren und Unterstützungsangebote geschaffen und eingesetzt, um Teilbereiche berufsrelevanter Informationstechnik zugänglich zu machen. Das Anschlussvorhaben BIK II baut auf den Projektstrukturen und Arbeitsergebnissen auf und soll folgende Teilziele umsetzen:

- Dienstleistungsangebote sechs regionaler Beratungsstellen sollen öffentliche und private Arbeitgeber, Webdesigner und Informationsanbieter bei der Schaffung barrierefreier Informationstechnik am Arbeitsplatz unterstützen.
- Als Prüfinstrumente sollen Verfahren und Werkzeuge für die Prüfung der Zugänglichkeit von berufsrelevanten Informationstechniken, auch für die Prüfung von Webanwendungen und einfacher Sprache weiterentwickelt werden.
- Regionale Netzwerke sollen BITV-Konformität über Bundesländer und Regionen in Verwaltungen und Betriebe tragen, die Umsetzung barrierefreier Informationstechnik am Arbeitsplatz nachhaltig sichern und Barrierefreiheit als gesellschaftliche Aufgabe etablieren.
- Zertifikate sollen die von BIK entwickelten Instrumente und Verfahren für externe Nutzer öffnen, Qualifikation und Qualitätssicherung, die Barrierefreiheit von Webanwendungen bestätigen.
- Öffentlichkeitsarbeit soll in vergleichenden Tests, Wettbewerben und dem „Test der Woche“ zeigen, dass Barrierefreiheit messbar und damit auch handhabbar ist.

Ergänzend sowie in Kooperation mit dem Projekt BIK und Web for All sowie mit der Kampagne „Einfach für alle“ der Aktion Mensch lädt das Aktionsbündnis für barrierefreie Informationstechnik (AbI) die verschiedenen existierenden Initiativen ein, gemeinsam ein Profil und Programm zu entwickeln, das die Anbieter von Informationsdiensten überzeugt, Zugangsbarrieren für behinderte Menschen im Internet und Intranet zu berufsrelevanten Informations- und Kommunikationsangeboten soweit wie möglich abzubauen. Basierend auf WAI, eAccessibility und den nationalen Initiativen wird ein Angebot entwickelt werden, das den Prozess der Gestaltung barrierefreier Internetseiten nachhaltig unterstützt durch

- Sensibilisierung und Qualifizierung der Anbieter von Produkten und Dienstleistungen,
- Information und Schulung von Menschen mit Behinderung und die Unterstützung ihrer Selbsthilfverbände,
- Unterstützungsangebot für Webdesigner zur barrierefreien Gestaltung,
- Information und Schulung von Rehabilitationsfachkräften über Möglichkeiten und Grenzen,

- Unterstützung der Umsetzung der gesetzgeberischen Aktivitäten,
- Benchmarking.

Ein weiteres Vorhaben zielt auf die Entwicklung einer softwaregestützten Analyse und von Beratungsverfahren zur ergonomisch optimalen Auswahl und Konfiguration von Bildschirmarbeitsplätzen und den dazugehörigen Hilfsmitteln für Computeranwender mit Sehbehinderungen. Hierbei werden die individuellen Symptomatiken des betreffenden Computeranwenders berücksichtigt und mit ihm daraus resultierende ergonomische Erfordernisse für die Konfiguration des Bildschirmarbeitsplatzes ermittelt. Wesentlich hierbei ist, dass diese Analyseverfahren auf handelsüblichen Personalcomputern mit Industriestandard in Verbindung mit handelsüblichen Kathodenstrahl- und TFT-Bildschirmen lauffähig sein werden und augenmedizinische Erkenntnisse berücksichtigen.

Entwickelt werden soll auch eine schriftliche Verfahrensempfehlung zur optimalen ergonomischen Einrichtung des Bildschirmarbeitsplatzes für Menschen mit Sehbehinderungen. Diese schriftliche Verfahrensempfehlung wird auf den Verfahren des Softwaretools basieren und zudem detaillierte Zusatzinformationen zur ergonomischen Gestaltung des Arbeitsbereiches für Menschen mit Sehbehinderungen bieten.

Anforderungsgerechte Auswahl der Arbeitsmittel ist ein entscheidender Faktor für die persönliche Arbeitseffektivität blinder und sehbehinderter Menschen und somit für ihre Konkurrenzfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt. Um Fehlversorgungen zu vermeiden und Integrationschancen besser zu nutzen, bedarf es aktueller und anbieterneutraler Informationen über das tatsächliche Leistungsspektrum von PC-Hilfsmitteln und moderner Kommunikationstechnologie.

Mit dem Informationspool werden die Voraussetzungen geschaffen,

- insbesondere den Fachkräften der Arbeitsplatzausstattung, Ausbildung und Beratung sowie interessierten Anwendern die benötigten Informationen über das Leistungsspektrum von Computerhilfen in aktueller Form ohne große Zeitverluste bereitzustellen sowie
- der Anbieterseite die aus den Testergebnissen abgeleiteten Erkenntnisse für erforderliche Produktverbesserungen zugänglich zu machen.

Der Informationspool soll auch über REHADAT zugänglich sein.

Das zum 30. Juni 2003 abgeschlossene Vorläuferprojekt „Informationspool Computerhilfsmittel für blinde und sehbehinderte Menschen“ (INCOBS) hat sich als Informationsportal zum Thema Computerhilfsmittel etabliert und wird von Betroffenen, Experten, Beratern aus unterschiedlichsten Bereichen genutzt.

INCOBS 2 kann auf den Strukturen, Kompetenzen und Arbeitsergebnissen aufsetzen, diese weiterentwickeln und um noch fehlende Bausteine ergänzen. Teilziele sind hier die Einbeziehung aktueller, bisher nicht berücksichtigter

Computerhilfsmittel, die Ausweitung der Produkttests auf weitere berufsrelevante Betriebssysteme und Anwendungsprogramme, die Weiterentwicklung von Testverfahren, eine bessere Vermittlung von Testergebnissen und die Erweiterung des INCOBS-Informationsangebotes. Neben der Pflege und Weiterentwicklung des erfolgreich aufgebauten werden auch neue Themen bearbeitet. Vorgesehen sind Gebrauchstauglichkeitstests im Bereich moderner Kommunikationstechnologie wie Mobiltelefone, PDAs und elektronische Diktiergeräte sowie der Aufbau eines Informationsangebotes „Multiplikatorenberatung“.

15.13 Projekt elektronisches Lernen

Zielsetzung des Projektes „Neue mobile und stationäre webbasierte Kurse für die Berufsausbildung von blinden und sehbehinderten Menschen“ ist es, für die beruflichen Bildungseinrichtungen blinder und sehbehinderter Menschen neue webbasierte elektronische Kurse zu erarbeiten und einzuführen, wobei nicht nur dem stationären, sondern zukünftig auch dem mobilen Zugriff besondere Bedeutung zukommt.

- Die neuen elektronischen Kurse werden gemeinsam mit den und für die Bildungseinrichtungen der blinden und sehbehinderten Menschen bereitgestellt und im Intranet oder Internet online verfügbar gemacht. Die Einbettung in die von Bildungseinrichtungen realisierten oder vorgesehenen Lernplattformen wird berücksichtigt.
- Der Zugriff durch mobile und stationäre Informations- und Kommunikationstechnik für blinde und sehbehinderte Menschen wird gewährleistet. Dabei wird geprüft, ob und wie neue technologische Entwicklungen zu einer weiteren Verringerung der Benachteiligung blinder und sehbehinderter Menschen genutzt werden können.
- Im Rahmen des Projektes werden entsprechend dem Vorlauf der Bildungseinrichtungen zwei mobile und stationäre elektronische Kurse für eine solche Lehr- und Lerntechnologie als Pilotlösungen vorbereitet und eingeführt.

Die Projektergebnisse werden so allgemein gehalten, dass sie in weiteren Kursen und Anwendungsbereichen breit genutzt werden können.

15.14 Forschung in der Gebärdensprache

Nach der Anerkennung der Deutschen Gebärdensprache (DGS) hat die berufliche Bildung gehörloser Menschen an Umfang und Qualität erheblich gewonnen.

Die effektive Verwendung von Gebärdensprache in der beruflichen Aus- und Fortbildung gehörloser Menschen hängt dabei jedoch von der gebärdensprachlichen und fachspezifischen Qualifikation der Gebärdensprachdolmetscher und der Ausbilder ab. Hier gibt es Defizite. Zum einen setzt die Gebärdensprache generell eine Beherrschung der DGS-spezifischen Grammatik voraus und zum anderen die Kenntnis des jeweils geforderten berufsspezifischen Gebärdenvokabulars. Hinsichtlich der Fach-

gebärden wurden in den letzten Jahren mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Grundlagen für einzelne Fachgebiete gelegt.

Für Gebärdensprachdolmetscher gibt es in Deutschland ein gutes Dutzend von berufsqualifizierenden voll- oder nebenberuflichen Ausbildungen. Für gehörlose Gebärdensprachlehrer gibt es jedoch bis heute trotz großen Bedarfs noch keinerlei Ausbildungsmöglichkeiten. Dies liegt zum einen an den fehlenden Lehr- und Lernmaterialien und einer die Gebärdensprachlehre absichernden DGS-Grammatik.

Im Rahmen eines Forschungs- und Praxisprojektes sollen daher die folgenden Arbeiten durchgeführt werden:

- Erhebung, Dokumentation und schriftliche/grafische wie multimediale Aufbereitung einer die Gebärdensprachlehre fundierenden DGS-Grammatik unter Einbeziehung gehörloser Fachleute,
- Entwicklung und Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für gehörlose Gebärdensprachkursleiter,
- Entwicklung, Überarbeitung und Evaluierung von Lehr-/Lernmaterialien zur DGS-Lehre.

Zur Vereinheitlichung der Kurse für die Deutsche Gebärdensprache wurde in Nordrhein-Westfalen ein auf Kommunikation ausgerichteter Unterrichtskonzept „Fliegende Hände“ entwickelt. Es besteht aus einem Lehrerhandbuch für Dozenten und einem Lernhandbuch sowie einer Arbeits-CD-ROM für Kursteilnehmer.

Um die qualifizierte DGS-Dolmetscher-Ausbildung zu erhöhen, wurde in Nordrhein-Westfalen ein Ausbildungsgang entwickelt und durchgeführt. Die Ausbildung endet mit einem IHK-Abschluss zum/zur „Geprüften Gebärdensprachdolmetscher/in“. Die ersten Prüfungen wurden zwischenzeitlich erfolgreich absolviert.

15.15 Lernsoftware für Gehörlose

In der Schriftsprache und der Arithmetik haben gehörlose Jugendliche und Erwachsene oft Schwierigkeiten. Dadurch kann eine gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben nicht gewährleistet werden. Es gibt kaum adäquate Kursangebote für erwachsene gehörlose Menschen, in denen mathematische Fertigkeiten und Schriftsprache gelehrt werden. Eine zu entwickelnde Lernsoftware soll zur Verbesserung dieser Situation beitragen.

Mit dem Projekt Aachener Internet-Lernsoftware zur Berufsqualifizierung von Gehörlosen soll eine internetbasierte interaktive Lernsoftware entwickelt werden, mit deren Hilfe gehörlose Personen ihre schriftsprachlichen und arithmetischen Fertigkeiten verbessern können. Dabei soll gezielt berufsrelevantes Wissen vermittelt werden.

Die Lernsoftware zeichnet sich durch die folgenden Besonderheiten aus:

- Die Fähigkeit des Lesens wird als Schlüsselqualifikation bewertet, die eine Voraussetzung darstellt für die

gesamte Wissenserweiterung, auch in den speziellen Bereichen des Schreibens und der Mathematik.

- Die Deutsche Gebärdensprache wird in der Lernsoftware als Sprache der Erklärung eingesetzt. Dadurch wird eine Verbesserung bei der Vermittlung der Lerninhalte und eine Steigerung der Motivation der Lernenden angestrebt.
- Die Lernsoftware ist eingebettet in ein pädagogisches Gesamtkonzept, das die Fortschritte der Gehörlosenpädagogik, der Fremdsprachenpädagogik und der Erwachsenenpädagogik einbezieht.
- Durch das Medium Internet kann eine große Anzahl von Berufssuchenden erreicht werden. Sie können selbstgesteuert und im individuellen Lerntempo ihre Kompetenzen erweitern. Virtuelle Lernräume ermöglichen die Vernetzung der Lernenden.
- Die Software wird modular aufgebaut und schrittweise entwickelt. Schon nach einer Arbeitsphase von einem Jahr ist die Einstellung erster Module ins Internet vorsehen. Ab diesem Zeitraum können erste Module genutzt werden. Gleichzeitig beginnt die Evaluation der Software.
- Die Entwicklung, Evaluation und Implementierung der Lernsoftware wird durch eine multidisziplinäre Zusammenarbeit unterstützt und umgesetzt.

15.16 Forschung für Jugendliche mit Hör- und Sprachbehinderung

Seit mehr als zehn Jahren werden im Rahmen einer Forschungsstelle in enger Zusammenarbeit mit der Industrie- und Handelskammer (IHK) Essen, der zuständigen Handwerkskammer (HWK), der Landwirtschaftskammer sowie der Berufsschule für Hörbehinderte in Essen, Berufsabschlussprüfungen sprachlich so verändert, dass sie auch für Jugendliche mit Hör- und Sprachbehinderung barrierefrei erfassbar sind. Die Arbeiten werden mit Mitteln aus dem Ausgleichsfonds unterstützt. Mehr als 1 100 Berufsabschlussprüfungen in mehr als 80 Berufen konnten bisher mit optimierten Prüfungen durchgeführt werden.

Der Bedarf an textoptimierten Prüfungsaufgaben wächst kontinuierlich, in letzter Zeit auch aus der Berufsausbildung lernbehinderter Menschen sowie aus der Regel-Berufsausbildung. Diese Forderung entsteht nicht zuletzt qualitativ durch die Neugestaltung der Prüfungen als „Komplexe Prüfungen“ mit umfänglichen Kontexteinbettungen und quantitativ durch die Einbeziehung der bisherigen Zwischenprüfungen in die Berufsabschlussprüfung als „Gestreckte Prüfung“.

Derzeit stehen folgende Arbeiten an:

- Die Basissicherung stellt den Übergang von der bisherigen Arbeit in von den Kammern angestrebte neue Formen sicher.
- Die neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der beruflichen Prüfungen für hörsprachbehinderte und auch für lernbehinderte Auszubildende sind zu untersuchen und Strategien zum Abbau von sprachlichen Barrieren

für die neuen, sprachlich zum Teil sehr viel anspruchsvolleren Prüfungstypen zu entwickeln.

- Mit einer plattformunabhängigen Anwendungsumgebung soll langfristig sichergestellt werden, dass Prüfungserstellungsausschüsse auch weiterhin und verbessert (über die Leitkammer Industrie- und Handelskammer zu Essen) auf die über 22 000 bislang textlich optimierten Prüfungsaufgaben zugreifen können.
- Mit der Software zur Erstellung textoptimierter Prüfungen für Prüfungserstellungsausschüsse ohne Textoptimierungserfahrung (SETT) sollen Personen ohne Textoptimierungserfahrung (also z. B. die hauptamtlichen Ausbilder, die in den Aufgabenerstellungsausschüssen mitwirken, oder Berufspädagogen, die auf der Basis der erstellten Aufgaben eine Prüfungstext-Modifikation für Prüflinge mit einer Behinderung vornehmen müssen) in die Lage versetzt werden, trotz fehlender Textoptimierungserfahrung textoptimierte Prüfungsaufgaben zu erstellen.
- Die Entwicklung von Schulungs- und Trainingskonzepten zielt auf Schulungsbedarf zum gezielten Einsatz von Textoptimierungstechniken im Unterricht und Prüfungen der Einrichtungen der beruflichen Bildung für Menschen mit Hör-, Sprach-, Lern- und psychischen Behinderungen.

15.17 Modellvorhaben Berufsorientierung für kleinwüchsige Menschen

Mit dem Modellvorhaben Berufsorientierte Beratung und Begleitung kleinwüchsiger Menschen will ihr Bundesverband in Kooperation mit arbeitsmarktpolitischen Institutionen einen aktiven Beitrag leisten, um die berufliche Integration dieser Menschen zu verbessern, drohender Arbeitslosigkeit im Vorfeld zu begegnen, die Ausbildungswahl durch individuell ausgerichtete berufliche Orientierungsmaßnahmen zu unterstützen, Arbeitserprobungen zu initiieren und Ausbildungsabbrüche zu vermindern.

Das Angebot ist darauf ausgerichtet, in Krisensituationen bei Bedarf zu intervenieren und zwischen den beteiligten Arbeitsmarktakteuren zu vermitteln und damit drohende Arbeitslosigkeit oder Ausbildungsabbrüche abzuwenden. Mit den Betroffenen sollen Beschäftigungsmöglichkeiten entwickelt werden. Darüber hinaus wird ein behinderungsspezifisches Beratungsangebot zu Arbeitsplatzanpassungen und Hilfsmitteln vorgehalten. Abgerundet wird das Spektrum durch Seminare zur Berufswahl/-orientierung sowie einer individuellen Beratung zur Berufszielfindung.

15.18 Förderung der Fähigkeitspotenziale von Menschen mit geistiger Behinderung

Im Rahmen eines Modellvorhabens auf dem Gebiet der sozialen Rehabilitation fördert das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung von 2002 bis 2005 das Forschungsvorhaben „Interdisziplinäre Diagnose und Individuelles Programm zur Förderung der Fähigkeits-

potenziale von Menschen mit geistiger Behinderung“. Das Vorhaben ist darauf ausgerichtet, das Fähigkeitspotenzial von 100 geistig behinderten Menschen aufgrund einer interdisziplinären Diagnose festzustellen und diese Menschen zu unterstützen, ihre Fähigkeiten in Fertigkeiten umzusetzen, um mehr Selbstständigkeit und Teilhabe zu erlangen.

Den Teilnehmern und Teilnehmerinnen werden nach der Diagnose in einem ersten Evaluationsgespräch ihre Potenziale (Fähigkeiten) in den zehn Lebensbereichen (WHO) Kommunikation, Selbstfürsorge, Wohnen, soziale Kompetenzen, Selbstbestimmung, Gesundheit und Sicherheit, Lernfähigkeit, Freizeit, Teilnahme am alltäglichen Leben sowie Arbeit vorgestellt. Im Anschluss wird ein Förderprogramm (Individuelles Programm) nach den Wünschen der Betroffenen und in Absprache mit den Eltern und den Einrichtungen verabredet. Die Programme werden von Studenten durchgeführt, die von einem Pädagogen (Casemanager) begleitet werden. Aufgrund der bisher vorliegenden Ergebnisse konnte bereits erkannt werden, dass durch gezielte Förderung in relativ kurzer Zeit Kompetenzen erworben werden können, die den geistig behinderten Menschen mehr Teilhabe in allen zehn Lebensbereichen ermöglichen.

15.19 Modellprojekt „Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt“

Das Modellprojekt „Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung“ wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in der Zeit von 1998 bis 2003 gefördert und in Zusammenarbeit der Universitäten Ulm und Berlin, dem „Michaelshof“ in Rostock und dem Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerk in Berlin durchgeführt. Die im Rahmen des Projektes erstellte forschungsbasierte Materialsammlung soll zu einer Steigerung der Handlungskompetenz aller Beteiligten in diesem schwierigen und weitgehend tabubehafteten Bereich beitragen. Sie richtet sich schwerpunktmäßig an Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe und zielt auf verständliche Informationen für Menschen mit Lernschwierigkeiten, Förderung der sexuellen Selbstbestimmung, Prävention von sexueller Gewalt und das Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten für Menschen mit Lernschwierigkeiten bei (sexualisierter) Gewalt. Die Materialsammlung enthält Adressen, Anregungen für Bücher und Filme sowie weitere Hinweise in „einfacher Sprache“ und einen Begleitteil für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Wohneinrichtungen und andere in diesem Bereich professionell Tätige.

15.20 Forschung im Bereich der psychiatrischen Versorgung

Mit einem vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 1992 bis 1998 geförderten Forschungsprojekt wurden die konzeptionellen Grundlagen für den Paradigmenwechsel „Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung“

gelegt. Die darin enthaltenen Vorschläge zur Umorientierung sind in der Fachdiskussion wie auch in der Politik einerseits auf ein sehr hohes Maß an Zustimmung, gleichzeitig aber auch auf teilweise ausgeprägte Skepsis bezüglich der Realisierungsmöglichkeiten gestoßen. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung das Angebot der AKTION PSYCHISCH KRANKE aufgegriffen, die Umsetzung dieses Konzeptes zu begleiten und durch Projektförderung in den Jahren 2000 bis 2002 die Implementation des personenzentrierten Ansatzes in einigen Regionen zu unterstützen, um exemplarisch Problemlösungswege zu finden und zu verbreiten. Das Projekt zielte auf die Optimierung der Versorgung durch strukturelle Verbesserungen und Qualitätssteigerungen, die von den Verantwortlichen und Fachleuten in den jeweiligen Referenzregionen mit Unterstützung durch wissenschaftliche Beratung bei Entwicklungsprozessen zu leisten war. Die Verantwortung für Prozess und Ergebnis verblieb dabei in der Region.

Die positiven ersten Ergebnisse und Wirkungen dieses Vorhabens gaben in mehreren Ländern (Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Hessen und dem Bezirk Oberbayern) den Anstoß, durch eigene Förderungen Landesprojekte mit gleicher Ausrichtung zu ermöglichen, wodurch eine zügige Verbreitung dieses Ansatzes insbesondere im Bereich der im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen finanzierten Hilfen erreicht werden konnte.

15.21 Lebenssituation von Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen

In Hessen wurde in den Jahren 2001/2002 eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen als „Neue Langzeitbewohner/innen“ in zentralen psychiatrieangegliederten Heimen gefördert. Der Schwerpunkt der Forschung lag in der Untersuchung der Hintergründe, die nach der Enthospitalisierung zu einer erneuten Aufnahme von so genannten Neuen Langzeitbewohner/innen führten. Der Abschlussbericht dazu wurde 2002 vorgelegt. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass der dort versorgte Personenkreis aufgrund seiner besonders schweren Störung und einer ausgeprägten Unangepasstheit einen besonderen Versorgungsbedarf hat. Offen bleiben musste allerdings die Frage seiner Versorgung, wenn keine solche Einrichtung zur Verfügung steht. Die Ergebnisse der Studie sprechen dafür, dass die untersuchten Heimbereiche offenbar eine Lücke im gemeindepsychiatrischen klinischen und außerklinischen Versorgungssystem schließen. Diese Erkenntnisse fließen in die weiteren Planungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit ein.

15.22 Forschung zur sonderpädagogischen Förderung

Durch das Sächsische Staatsministerium für Kultur werden im Bereich der sonderpädagogischen Förderung regelmäßig Projekte in unterschiedlichen Förderschwerpunkten gefördert. Dazu gehört ein Pilotprojekt am

Förderschulzentrum Dippoldiswalde. Dort wird erprobt, wie erfolgreich Schüler der Förderschule für Lernbehinderte integrativ in der Sekundarstufe der Mittelschule lernen können. Diese Studie ist über fünf Jahre angelegt und wird wissenschaftlich begleitet.

Eine Evaluationsstudie wird in Gemeinsamkeit mit der Stadt Leipzig als Schulträger und dem Institut für Förderpädagogik der Universität Leipzig am Förderzentrum für Erziehungshilfe durchgeführt. Hier soll ausgerichtet am Schulkonzept mit der Vernetzung von unterschiedlichen Partnern und Kostenträgern erprobt werden, wie Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf im Bereich der sozialen und emotionalen Entwicklung gesellschaftlich und beruflich integriert werden können. Die Evaluationsergebnisse von Leipzig sollen einer umfassenden Analyse unterzogen werden und auf Übertragbarkeit auf andere Förderschulen für Erziehungshilfe im Freistaat Sachsen geprüft werden. Ziel ist es, durch eine stärkere Vernetzung von Leistungsangeboten eine stabile Resozialisierung von gefährdeten Schülerinnen und Schülern aus den Schulen für Erziehungshilfe gelingend zu gestalten.

16. Internationale Behindertenpolitik

16.1 Europäische Behindertenpolitik im Wandel

Im Interesse behinderter Menschen vollzieht sich in Europa seit einigen Jahren ein Wandel in der Politik, bei dem national wie international das Ziel der Chancengleichheit zunehmend in den Vordergrund gerückt ist. Dahinter steht ein Wechsel im Grundansatz der Politik für behinderte Menschen, indem nicht mehr die sozialfürsorgerische Perspektive im Mittelpunkt steht, sondern die behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen selbst als Individuen mit den ihnen zustehenden Rechten.

Zum anderen sollen Nachteile beseitigt werden, die – trotz aller erreichten Fortschritte – einer gleichwertigen Teilhabe von behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft noch immer entgegenstehen. Sozialleistungen, die lange Zeit den Grundpfeiler der deutschen und europäischen Behindertenpolitik bildeten, können in dem Maße zurücktreten, in dem behinderten Menschen auch ohne solche Leistungen eine vollwertige und gleichberechtigte Teilhabe möglich ist.

Mit der Weiterentwicklung der Europäischen Union (EU) kommt es darauf an, Bürgerrechte und wirtschaftliche Anforderungen in Einklang zu bringen. Dabei ist die Durchsetzung der Gleichstellung und Beseitigung von Benachteiligungen ein besonderes Anliegen der Bundesregierung, für das sie sich international einsetzt. Gleichstellungspolitik und soziale Sicherung sind dabei keine konkurrierenden Politiken, sondern ergänzen sich.

Die vom Europäischen Rat in Lissabon im Frühjahr 2000 verabschiedete Strategie für ein wettbewerbsfähiges und wirtschaftlich dynamisches Europa beinhaltet neben den wirtschafts- und finanzpolitischen Zielsetzungen ebenso klar formuliert die Anforderungen für die zukunftssichere Ausgestaltung des Europäischen Sozialstaatsmodells. Die sozialen Sicherungssysteme sollen – wo erforderlich –

von den Mitgliedstaaten modernisiert und zukunftssicher gestaltet werden. Den Problemen wie Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung benachteiligter Personengruppen und Armut soll mit wirksamen Maßnahmen und quantitativen Zielsetzungen begegnet werden. Die Maßnahmen sehen vor, Chancengleichheit, soziale Integration und die Eröffnung beruflicher Perspektiven zu fördern; sie gelten daher umfassend und in starkem Maß auch für Menschen mit Behinderung.

Von besonderer Bedeutung im Rahmen dieser Strategie ist die Umsetzung der gemeinsam koordinierten europäischen Beschäftigungspolitik, der im EG-Vertrag ein eigenes Kapitel gewidmet ist. Mit dieser Politik wird u. a. angestrebt, die Beschäftigungsquoten in den Mitgliedstaaten anzuheben und die Teilhabe benachteiligter Personengruppen am allgemeinen Arbeitsmarkt besser zu fördern. Dieses Ziel hat der Rat der EU im Rahmen seiner Entschließung über die „Förderung der Beschäftigung und der sozialen Eingliederung der Menschen mit Behinderungen“ vom 15. Juli 2003 (ABl. EG Nr. C 175 S. 1) erneut bekräftigt.

Behinderte Menschen sind in Deutschland und Europa nach wie vor von Ausgrenzung aus dem Arbeitsmarkt bedroht. Die Beschäftigungsfähigkeit und die Beschäftigungssituation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu verbessern, ist deshalb europaweit ein gemeinsames Anliegen. Deutschland hat sich bei der Neufassung der so genannten Beschäftigungspolitischen Leitlinien der EU dafür eingesetzt, dass bei der beschlossenen Reduzierung der Anzahl der Leitlinien, die für die Förderung der Integration und Bekämpfung der Diskriminierung benachteiligter Gruppen auf dem Arbeitsmarkt wichtige Leitlinie 7 erhalten bleibt. Diese Leitlinie sieht als eine Maßnahme vor, bis zum Jahre 2010 eine erhebliche Verringerung der Differenz zwischen der Arbeitslosenquote benachteiligter Personengruppen – entsprechend den jeweiligen einzelstaatlichen Zielvorgaben und Definitionen – und der Gesamtarbeitslosenquote in jedem Mitgliedstaat zu erreichen. Die Mitgliedstaaten haben alljährlich in ihren „Nationalen Aktionsplänen zur Beschäftigung“ über die von ihnen ergriffenen Maßnahmen zur Umsetzung der Leitlinien zu berichten (zur Beschäftigungssituation von behinderten Menschen in Deutschland siehe Kapitel 6).

Der Europäische Rat hat am 25. November 2003 Schlussfolgerungen über den Aufbau von Humankapital zur Förderung des sozialen Zusammenhalts und der Wettbewerbsfähigkeit in der wissensbasierten Gesellschaft verabschiedet. Dort wird die Rolle von Bildung und Ausbildung als grundlegender Faktor im Prozess der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung betont. Die Aufgabe der Gemeinschaft, zu einer qualitativ hohen Bildung beizutragen, wird hervorgehoben. Nur so sind sozialer Zusammenhalt und die Wettbewerbsfähigkeit miteinander zu verknüpfen und eine wettbewerbsfähige wissensbasierte Wirtschaft aufzubauen.

Das Thema „Investitionen in Humanressourcen“ steht in einem engen Zusammenhang mit den in Deutschland geltenden Grundsätzen „Prävention vor Leistungen zur

„Teilhabe“ und „Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe vor Rente“. Der Stärkung des Präventionsgedankens kommt bei der Erarbeitung von Rechtsakten und Programmen der EU bei der Weiterentwicklung der europäischen Politik für behinderte Menschen eine besondere Bedeutung zu, weil Arbeitslosigkeit und frühzeitiger Rentenbezug verhindert oder abgebaut werden können. Die Berücksichtigung dieser Grundsätze ist auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten von großer Bedeutung, denn Arbeitslosigkeit und vorzeitiger Rentenbezug belasten die europäischen Volkswirtschaften um ein Vielfaches dessen, was für eine sinnvolle Prävention und Rehabilitation investiert werden müsste. Die im Dezember 2003 verabschiedete Mitteilung der Europäischen Kommission (nachfolgend: die Kommission) zur „Modernisierung des Sozialschutzes für mehr und bessere Arbeitsplätze“ (making work pay) geht auf die Leistungen zur Teilhabe und auf die Wiedereingliederung von Menschen mit Gesundheitsproblemen und Behinderung ein und betont den ökonomischen Nutzen von Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe. Erfolgreiche Maßnahmen können danach die Lebensarbeitszeit durchschnittlich um mehr als zwei Jahre verlängern.

Einen wichtigen Akzent – auch für die Gestaltung einer erweiterten Union – setzt die Europäische Charta der Grundrechte, die vom Europäischen Rat in Nizza im Dezember 2000 gebilligt wurde. Ihre Annahme bedeutet einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu einer echten politischen Union, der mit dem Vertrag für eine europäische Verfassung fortgesetzt wird. Die seit den Gründungszeiten vorherrschende ökonomische Ausrichtung der Gemeinschaft wurde überwunden. Die Tatsache, dass wichtige soziale Grundrechte aufgenommen worden sind, betont die soziale Verantwortung der EU. In der Charta der Grundrechte ist beispielsweise festgelegt, dass Diskriminierungen u. a. aufgrund einer Behinderung verboten sind (Artikel 21 Abs. 1) und dass der Anspruch von behinderten Menschen auf Maßnahmen zur Gewährleistung ihrer Eigenständigkeit, ihrer sozialen und beruflichen Eingliederung und ihrer Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft von der Union anerkannt und geachtet wird (Artikel 26).

Die Regierungskonferenz von Nizza hat im Dezember 2000 den Grundstein für die Handlungsfähigkeit in einer erweiterten Union festgelegt. Nach der Ratifizierung durch die Mitgliedstaaten ist der Vertrag von Nizza am 1. Februar 2003 in Kraft getreten. Mit der Erklärung von Laeken am 15. Dezember 2001 über die Einsetzung des Europäischen Verfassungskonvents haben die europäischen Staats- und Regierungschefs den umfassendsten Reformprozess seit Gründung der Europäischen Gemeinschaften eingeleitet. Am 18. Juni 2004 hat sich die Regierungskonferenz über die Europäische Verfassung auf der Grundlage der abschließenden Kompromissvorschläge der Irischen Präsidentschaft zur Annahme geeinigt. Die Staats- und Regierungschefs der EU haben den Verfassungsvertrag am 29. Oktober 2004 in Rom unterzeichnet. Nun muss die zukünftige Verfassung von allen 25 Mitgliedstaaten ratifiziert werden. Ihr Inkrafttreten ist in diesem Fall für den 1. November 2006 vorgesehen.

Der soziale Teil der Verfassung wird durch die Werte und Ziele der Union, in denen sie sich zur sozialen Marktwirtschaft, Vollbeschäftigung und zu sozialem Fortschritt bekennt, gestärkt. Die Charta der Grundrechte wird rechtsverbindlich. Die Sozialklausel sieht vor, dass die EU bei allen Maßnahmen den Erfordernissen eines angemessenen sozialen Schutzes und der Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung Rechnung tragen muss. Die praktische Bedeutung dieser Klausel wird sich allerdings im Spannungsverhältnis mit anderen Zielen und Prinzipien der Union noch erweisen müssen. Hinsichtlich der sozialpolitischen Kompetenzen und Entscheidungsfindung folgt die Verfassung im Bereich der sozialen Sicherheit und des sozialen Schutzes weitgehend dem bisherigen EG-Vertrag, in dem für diesen Politikbereich das Einstimmigkeitsprinzip vorgesehen ist. Die Beibehaltung des Einstimmigkeitsprinzips wird von den Verbänden und Organisationen behinderter Menschen kritisiert. Sie sehen die Gefahr, dass Modernisierungen der Politik für behinderte Menschen im Rahmen der EU infolge des Beibehaltens des Einstimmigkeitsprinzips nur sehr zähflüssig erfolgen können.

16.2 Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen

Der Rat hatte mit Beschluss vom 3. Dezember 2001 (2001/903/EG) das Jahr 2003 zum „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen“ (EJMB 2003) erklärt. Mit dem EJMB 2003 sollte u. a. eine Sensibilisierung für die Rechte behinderter Menschen erreicht, Maßnahmen zur Förderung ihrer Chancengleichheit in Europa angeregt und auf die Heterogenität und Vielfalt von Behinderungen hingewiesen werden. Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Gleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen im Bildungsbereich gelegt werden. Ziel der Aktivitäten war es insgesamt, Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft „sichtbarer“ zu machen.

Neben diesen Zielen des Ratsbeschlusses der EU zum EJMB 2003 wurden in Deutschland eigene nationale Ziele verfolgt, die den Paradigmenwechsel in der deutschen Behindertenpolitik der Verbände und der Bundesregierung in den letzten Jahren kennzeichneten. Dieser Paradigmenwechsel wurde durch drei Slogans beschrieben: Teilhabe verwirklichen! Selbstbestimmung ermöglichen! Gleichstellung durchsetzen!

Für das EJMB 2003 wurden sechs Schwerpunkte gebildet: Ethik, Gleichstellung, Arbeit, Gesundheit, Barrierefreiheit und Persönliche Assistenz.

Zur Umsetzung des Europäischen Jahres in Deutschland wurde beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Nationale Koordinierungsstelle (NatKoS) eingerichtet. Die NatKoS hatte die Aufgabe, mit eigenen Veranstaltungen, Maßnahmen in Kooperation mit den Behindertenverbänden und Sozialpartnern und durch die Förderung von Projekten aus Mitteln der EU, des Bundeshaushalts und des Ausgleichsfonds die Ziele des Europäischen Jahres für Menschen mit Behinderungen zu fördern. Wesentliche Aufgabe war es, möglichst

viele Ideen und Konzepte behinderter Menschen und ihrer Organisationen durch eine teilweise Förderung anzuregen und zu unterstützen. Insgesamt wurden vom Koordinierungsausschuss der NatKoS 175 Anträge als förderungswürdig ausgewählt.

Im EJMB 2003 wurde der Paradigmenwechsel in der Politik für behinderte Menschen besonders deutlich. Diese neue Politik hat einen programmatischen Leitsatz des EJMB 2003 „Nicht über uns ohne uns“ aufgegriffen. Anders als bei der Eröffnung des „UN-Jahres der Behinderten“ im Jahr 1981 waren behinderte Menschen an der Vorbereitung und Durchführung des EJMB 2003 maßgeblich organisatorisch und inhaltlich beteiligt. Während der Eröffnungsveranstaltung der nationalen Kampagne am 21./22. Februar 2003 in Magdeburg und der zahlreichen Veranstaltungen zum EJMB 2003 wurde der umfassende Bewusstseinswandel deutlich.

Mit einer Sommeruniversität in Bremen, die im Rahmen des EJMB stattfand, wurden die „Disability Studies“ erstmalig in Deutschland etabliert. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit Behinderungen hatten die Chance, miteinander und mit behinderten Studenten ihre wissenschaftlichen Forschungsergebnisse auszutauschen. Mit einem umfangreichen Weiterbildungsangebot über zwei Wochen wurden u. a. rechtliche Schulungen, Fortbildungen zur Betroffenenberatung, Analysen zur Diskriminierung behinderter Frauen, Schulungen zur persönlichen Zukunftsplanung von Menschen mit Lernschwierigkeiten und zum Umgang mit den Medien durchgeführt. Dieses Programm wurde durch eine Vielfalt von themenbezogenen Workshops an den Nachmittagen ergänzt. Insgesamt nahmen mehr als 300 Personen an der Sommeruniversität teil.

Das Interesse an behindertenpolitischen Themen in der Bevölkerung hat deutlich zugenommen. Nach dem Spezial Eurobarometer 2003 haben in Deutschland 61 Prozent von dem EJMB 2003 erfahren und 59 Prozent die Anliegen behinderter Menschen besser verstanden. Obwohl die Veranstaltungen und Aktionen von behinderten Menschen durchaus wahrgenommen wurden, fehlte es an einer hinreichenden Presseresonanz. Zur Erreichung einer größeren Resonanz wurden drei Werbespots produziert, die als Social-Spots vor allem bei RTL gesendet wurden und teilweise noch werden. Die Koordinierungsstelle hat sich an der Produktion von vier inhaltlichen Beiträgen zur Teilhabe von behinderten Menschen an Arbeit und Beruf beteiligt, die im MDR gezeigt wurden. Mit einem elektronischen Newsletter, Kurzinformation und mit der engen Zusammenarbeit einer behindertenpolitischen elektronischen Zeitung „Kobinet“ wurde versucht, eine breite behindertenpolitische Öffentlichkeit zu erreichen. Mit dem Newsletter wurden allein 7 000 Abonnenten erreicht. Die Website wurde monatlich im Durchschnitt von ca. 5 000 Personen aufgesucht.

Das EJMB 2003 hat wesentliche Fortschritte zur Förderung der Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung behinderter Menschen gebracht. Es ist intensiv genutzt worden, um Diskussionen anzuregen, Anstöße zu geben und Veränderungen zu unterstützen. Die damit erzeugte

„Dynamik“ wird national und international über das Jahr 2003 hinaus wirken.

16.3 Diskriminierung und Ausgrenzung beseitigen

Die europäische Politik ist in den letzten Jahren verstärkt darauf ausgerichtet worden, Diskriminierung und soziale Ausgrenzung von benachteiligten Personengruppen wirksam zu bekämpfen. Die Bundesregierung hat sich an dieser Politik aktiv beteiligt und wird sich weiterhin maßgeblich für die Realisierung dieser Ziele einsetzen.

Mit Artikel 13 EG-Vertrag ist die EU – im Rahmen der durch den Vertrag auf die Gemeinschaft übertragenen Zuständigkeiten – berechtigt, im Rat einstimmig geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um Diskriminierungen aus Gründen des Geschlechts, der Rasse, der ethnischen Herkunft, der Religion oder einer Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung zu bekämpfen. Das Recht, dem Rat und dem Europäischen Parlament verbindliche Rechtsakte vorzuschlagen, liegt ausschließlich bei der Kommission.

Aufgrund der Regelung in Artikel 13 EG-Vertrag hat die EU im Jahr 2000 auf Vorschlag der Kommission ein „Antidiskriminierungspaket“ mit zwei EU-Richtlinien und einem Aktionsprogramm verabschiedet. Hierbei handelt es sich um die Richtlinie vom 29. Juni 2000 zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse und ethnischen Herkunft (2000/43/EG) und um die Richtlinie vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf (2000/78/EG). Die Richtlinien mussten bis zum 19. Juli 2003 (2000/43/EG) bzw. bis zum 3. Dezember 2003 (2000/78/EG) in nationales Recht umgesetzt werden. Am 27. November 2000 wurde der Beschluss über das Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierungen (2001 bis 2006) angenommen, für dessen Durchführung im Zeitraum von 2001 bis 2006 rund 98 Mio. Euro zur Verfügung gestellt wurden.

Die Richtlinie zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf zielt darauf ab, den Gleichbehandlungsgrundsatz auf dem Arbeitsmarkt in der Europäischen Gemeinschaft durchzusetzen. Diskriminierungen beim Zugang zu einer abhängigen oder selbstständigen Erwerbstätigkeit, beim beruflichen Aufstieg, bei der Berufsausbildung sowie bei den Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen – u. a. aufgrund einer Behinderung – sind verboten.

Das allgemeine (arbeitsmarkt- und berufsbezogene) Diskriminierungsverbot des Artikels 2 wird in Bezug auf behinderte Menschen in Artikel 5 der Richtlinie konkretisiert, indem Arbeitgeber verpflichtet werden, die geeigneten und im konkreten Fall erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um den Zugang zur Beschäftigung, die Ausübung eines Berufes, den beruflichen Aufstieg und die Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ermöglichen. Als Ausnahme von dieser Verpflichtung

gilt nur eine unverhältnismäßige Belastung der Arbeitgeber. Eine Belastung ist nicht unverhältnismäßig, wenn sie durch geltende Maßnahmen im Rahmen der Behindertenpolitik des Mitgliedstaates ausreichend kompensiert wird. Artikel 7 der Richtlinie stellt außerdem klar, dass Maßnahmen auf nationaler Ebene, mit denen die Eingliederung behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt speziell gefördert wird, dem Gleichbehandlungsgrundsatz der Richtlinie nicht entgegenstehen.

In Deutschland ist der Schutz vor Diskriminierungen schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben in § 81 Abs. 2 SGB IX festgelegt. Arbeitgeber dürfen schwerbehinderte Beschäftigte bei einer Vereinbarung oder einer Maßnahme, insbesondere bei der Begründung des Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnisses, beim beruflichen Aufstieg, bei einer Weisung oder einer Kündigung, nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligen.

Die Teilhabe von behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft und die Stärkung ihrer Rechte muss trotz aller bislang erreichter Fortschritte auf europäischer und internationaler Ebene weiter entwickelt werden. Ziel der Politik der Europäischen Union muss es sein, dass sie ihr Leben in freier Selbstbestimmung und ohne Diskriminierungen gestalten können. Das Europäische Parlament (EP) hat bereits im April 2001 die Kommission aufgefordert, spätestens im Laufe des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen 2003 einen auf Artikel 13 des EG-Vertrages gestützten Richtlinienvorschlag vorzulegen, der sämtliche Zuständigkeitsbereiche der EU im Hinblick auf die Gleichbehandlung von behinderten Menschen abdeckt. Die europäischen Behindertenverbände fordern ebenfalls dazu auf, Diskriminierungen, mit denen behinderte Menschen im Alltag konfrontiert sind, auf der Ebene der EU mit einer Richtlinie wirksam zu bekämpfen. Die Bundesregierung hat anlässlich zahlreicher Veranstaltungen im Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen betont, dass die Umsetzung dieser Forderung dem in Deutschland in der Behindertenpolitik mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter, dem SGB IX und dem BGG eingeleiteten Paradigmenwechsel entsprechen würde.

Die Kommission hat diese und weitere Forderungen nach einer Ausdehnung und Stärkung des Schutzes durch das Gemeinschaftsrecht in Bezug auf bestimmte unter Artikel 13 fallende Diskriminierungsgründe grundsätzlich anerkannt. Sie hat dem aber wiederholt entgegengehalten, dass einzelne Mitgliedstaaten nach wie vor erhebliche Probleme haben, die bereits bestehenden Richtlinien zur Bekämpfung von Diskriminierungen vollständig in nationales Recht umzusetzen.

In ihrem im Frühjahr 2004 vorgestellten „Grünbuch zur Bekämpfung von Diskriminierungen in Europa“ (KOM/2004/379) legt die Kommission fest, dass die vollständige Umsetzung des bisherigen Rechtsrahmens durch die Mitgliedstaaten Priorität vor weiteren Rechtssetzungsmaßnahmen haben muss. Die Kommission stellt außerdem fest, dass es selbst unter den Mitgliedstaaten zurzeit keine mehrheitliche Unterstützung für einen Richtlinienvorschlag zur Bekämpfung der Diskriminierung behinderter

Menschen außerhalb der Bereiche Beschäftigung und Beruf gebe. Sie weist auch darauf hin, dass Rechtsvorschriften nicht das einzige auf europäischer, nationaler oder regionaler Ebene zur Verfügung stehende Instrument seien. In der Praxis setze die Förderung von Nichtdiskriminierung vielmehr die Anwendung einer breiten Palette von Strategie- und Finanzierungsinstrumenten voraus.

Die Kommission hat ihren umfassenden Ansatz zur Fortsetzung ihrer Politik für behinderte Menschen im Oktober 2003 in einem Europäischen Aktionsplan (KOM 2003/650) dargelegt. Sie stellt darin zukunftsorientierte EU-Initiativen vor. Diese sollen bis zum Jahr 2010 zur stärkeren Integration von behinderten Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft in einem erweiterten Europa beitragen. Behinderte Menschen sollen dabei im „Querschnitt“ verschiedener Politikbereiche in die einschlägigen Gemeinschaftsmaßnahmen einbezogen werden. Die einzelnen Schritte des Aktionsplanes werden in einem Zweijahresbericht festgelegt. Die Kommission verpflichtet sich, dieses Dokument alle zwei Jahre vorzulegen, um gezielt und regelmäßig über die allgemeine Situation von Menschen mit Behinderung in einem erweiterten Europa Bericht zu erstatten. Für den ersten Zweijahreszeitraum 2004/2005 sind Initiativen vorgesehen, mit denen der Zugang zur Beschäftigung, zum lebenslangen Lernen, zur Informations- und Kommunikationstechnologie sowie die Zugänglichkeit zur baulichen Umwelt besonders gefördert werden sollen.

Die Art der übergreifenden Einbeziehung der Behindertenthematik in verschiedene Politikbereiche ist ein wichtiges Anliegen auf nationaler, wie auf Gemeinschaftsebene. Die Bundesregierung begrüßt die Einbeziehung der Behindertenthematik in alle relevanten Politikbereiche durch die Kommission und wird sich aktiv an den Arbeiten beteiligen.

16.4 eEurope schafft barrierefreie Informationsgesellschaft

Ein gutes Beispiel für die Einbeziehung der Belange behinderter Menschen ist die in den vergangenen Jahren national, wie international verfolgte Politik zur Verwirklichung des Übergangs zur „Informationsgesellschaft“. Insbesondere behinderte Menschen, aber auch ältere Menschen und andere sozial benachteiligte Gruppen stehen bei der Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien einer Reihe von Barrieren gegenüber. Damit ist die Gefahr der Ausgrenzung dieses Personenkreises gegeben. Um dem entgegenzuwirken, hat die Europäische Union im Sommer 2000 innerhalb des Aktionsplans „eEurope 2002 – eine Informationsgesellschaft für alle“ besondere Forderungen erhoben.

Ein Kernziel von eEurope 2002 war es, behinderten Menschen durch die barrierefreie Gestaltung von Internetseiten die Nutzung von Informationen und Diensten der neuen Medien zu ermöglichen. Das betrifft insbesondere die Webseiten des Öffentlichen Sektors der Mitgliedstaaten und der Europäischen Institutionen, die so gestaltet sein müssen, dass Bürgern mit Behinderungen alle behördlichen Informationen zugänglich sind. Die

Mitgliedstaaten der EU haben den bereits existierenden internationalen Standard, wie er in den WAI-Leitlinien (Web-access-Initiative) festgelegt ist, übernommen und anhand dieser Leitlinien seitdem einen Großteil ihrer öffentlich-rechtlichen Webseiten behindertengerecht gestaltet. Die Bundesregierung hat dies für den Bereich der Bundesverwaltung mit dem BGG (§ 11) und der hierzu erlassenen Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik umgesetzt (siehe Kapitel 7). Die Bundesregierung arbeitet weiter darauf hin, dass das Verständnis für barrierefreie Produkte und Dienstleistungen in der Informations- und Kommunikationstechnologie gesteigert wird. Sie setzt dabei wie bisher auf eine breite Zusammenarbeit mit der Wirtschaft, insbesondere in der Initiative D21 sowie auf den Konsens aller politischen Kräfte zur Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologien.

In seiner Entschließung vom 6. Februar 2003 (2003/C 39/2003) knüpft der Rat an den eEurope-Aktionsplan an. Er fordert die Mitgliedstaaten und die Kommission auf, das Potenzial der Informationsgesellschaft für behinderte Menschen zu erschließen und insbesondere technische, rechtliche und andere Schranken für ihre wirkliche Beteiligung an der Wissensgesellschaft zu beseitigen. Behinderte Menschen sollen ermutigt werden, auf die Entwicklung von Mechanismen für die Schaffung des Zugangs zur Informations- und Kommunikationstechnologie Einfluss zu nehmen. Die Sensibilisierung dafür, dass soziale Ausgrenzung bei der Entwicklung technologischer Geräte, Methoden und Tätigkeiten im Sinne eines „Design für Alle“ vermieden werden muss, soll verstärkt werden.

16.5 EQUAL bekämpft Diskriminierung von Arbeitenden und Arbeit Suchenden

Die Gemeinschaftsinitiative EQUAL ist ein aus dem Europäischen Sozialfonds gefördertes Programm, das darauf abzielt, neue Wege zur Bekämpfung von Diskriminierung und Ungleichheiten von Arbeitenden und Arbeit Suchenden auf dem Arbeitsmarkt zu erproben. Im Vordergrund steht die Förderung der beruflichen Integration benachteiligter Personengruppen sowie die Verbesserung des lebensbegleitenden Lernens und die Schaffung von Arbeitsplätzen. Zielgruppen von EQUAL sind Menschen, die aus Gründen des Geschlechts, der Rasse, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung auf dem Arbeitsmarkt diskriminiert werden.

EQUAL wird EU-weit umgesetzt. In der Bundesrepublik Deutschland stehen für die Finanzierung von EQUAL für die Programmlaufzeit rund 515 Mio. Euro aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) zur Verfügung. Diese werden durch nationale Kofinanzierungsmittel nahezu verdoppelt auf 982,1 Mio. Euro. Von den 515 Mio. Euro fließen 40,6 Prozent in so genannte Ziel-1-Gebiete (neue Länder), 59,4 Prozent in Nicht-Ziel-1-Gebiete (alte Länder). EU-weit werden insgesamt 2,973 Mrd. Euro aus Mitteln des ESF für die Gemeinschaftsinitiative aufgewendet.

Im Vordergrund von EQUAL stehen so genannte Entwicklungspartnerschaften. Diese Partnerschaften sind Netzwerke, in denen wichtige Arbeitsmarktakteure kooperieren, um gemeinsam integrative Konzepte gegen Diskriminierung und Ungleichheiten in Beruf und Ausbildung zu entwickeln. Dabei ist sicherzustellen, dass innerhalb der gesamten Entwicklungspartnerschaft und in den Teilprojekten eine Beteiligung von behinderten Menschen möglich ist und die von ihnen angebotenen Maßnahmen zugänglich sind.

Weitgehend unberücksichtigt blieb bei der Umsetzung arbeitsmarktpolitischer Integrationsmaßnahmen bisher, dass mit einer Behinderung häufig Mehrfachdiskriminierungen einhergehen, wie z. B. Ungleichbehandlung oder Diskriminierung aufgrund der ethnischen Zugehörigkeit und/oder des Geschlechts. Die Beteiligung am Erwerbsleben wird ferner dadurch erschwert, dass eine integrationsfördernde Arbeitsgestaltung, d. h. eine Anpassung von Arbeitsplätzen an die Bedürfnisse von behinderten Menschen nur in wenigen Fällen gegeben ist. Diese arbeitsmarktpolitischen Diskriminierungen gilt es mithilfe der Gemeinschaftsinitiative EQUAL nachhaltig abzubauen.

Um das Ziel der gleichberechtigten Beteiligung am Erwerbsleben zu erreichen, sind verschiedene Wege gangbar. Einen Ansatz stellt die (stärkere) Zusammenarbeit von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern mit regionalen Institutionen (z. B. Integrationsfachdiensten) dar. Weitere Möglichkeiten ergeben sich durch die Ermittlung von anspruchsvollen Tätigkeitsfeldern für behinderte Menschen. Sie sollen nicht nur „Zielgruppe“ der in der Entwicklungspartnerschaft vorgesehenen Aktivitäten sein, sondern auch in die aktive Kerngruppe integriert werden. Daher sind die Entwicklungspartnerschaften bereits bei ihrer Konstituierung gefordert, darauf zu achten, dass behinderte Menschen bei der Besetzung der Steuerungsgruppe, der Stellen in den Teilprojekten und bei der Teilnahme an EQUAL-Netzwerken angemessen berücksichtigt werden.

In der aktuellen Förderrunde von EQUAL haben 60 von 109 deutschen Entwicklungspartnerschaften Menschen mit Behinderung als direkte Zielgruppe ihrer Aktivitäten. Als Arbeitsansätze seien hier exemplarisch genannt:

- Entwicklung und Erprobung von Modellprojekten und Strukturen zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Jugendlichen, Migrantinnen und Migranten sowie behinderte Menschen,
- „Nischen“ für Beschäftigung von behinderten Menschen/Beschäftigungsbedarfe/Möglichkeiten gezielter Ansprache von Arbeitgebern,
- Schulung von Integrationsbeauftragten in KMU,
- Qualifizierungsbedarfe für Zielgruppe, hieraus folgend Weiterbildung/Nachqualifizierung von behinderten Menschen in Marktnähe,
- Schaffung von Arbeitsplätzen und Qualifizierungsmöglichkeiten für arbeitslose schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Menschen insbesondere in den

Berufen der Informations- und Kommunikationstechnologien (unter transnationaler Beteiligung),

- Integration benachteiligter Zielgruppen in den Arbeitsmarkt durch Vernetzung von KMU, Bildungsträgern, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsbetrieben und Ämtern zum Abbau von Diskriminierung und Ungleichheit,
- Förderung der Anpassungsfähigkeit von KMU durch Stärkung ihrer Integrationskompetenz,
- Etablierung und Verankerung eines regionalen Integrationsnetzwerkes,
- Aufbau und die Implementierung eines internetgestützten Bildungsportals mit verschiedenen Bildungs- und Informationsangeboten.

In der 1. Förderrunde EQUAL wurde im Rahmen des Mainstreaming das nationale thematische Netzwerk „Menschen mit Behinderungen“ als eines von insgesamt 14 thematischen Netzwerken eingerichtet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses Netzwerkes arbeiten fast ausschließlich im EQUAL-Themenbereich a – Beschäftigungsfähigkeit. Das Netzwerk setzt sich derzeit zusammen aus 19 Personen (aus acht Entwicklungspartnerschaften) sowie zwei Referentinnen der Nationalen Koordinierungsstelle EQUAL im Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit. Arbeitsschwerpunkte sind die Vermittlung von behinderten Menschen in den Arbeitsmarkt, z. B. durch die gezielte Ansprache von Arbeitgebern.

Das Netzwerk ist vertreten in der European Thematic Group (ETG) Employability und leistet somit auch einen Beitrag zum Mainstreaming auf europäischer EQUAL-Ebene.

16.6 Teilhabe behinderter Menschen in Europa stärken

Der Europarat in Straßburg, dem derzeit 45 europäische Nationen angehören, darunter 21 aus Mittel- und Osteuropa, unternimmt seit jeher eine Vielzahl von Bemühungen, die Prinzipien der Demokratie, der Menschenrechte und der Rechtsstaatlichkeit zu stärken. Ein Committee on the rehabilitation and integration of people with disabilities (CD-P-RR) zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen bildet – in den Wurzeln seit 1948 – das zentrale Gremium für Erfahrungsaustausch und politische Meinungsbildung zwischen den Regierungen Groß-Europas. In seiner – mehrfach fortentwickelten – Europäischen Sozialcharta hat der Europarat „das Recht behinderter Menschen auf Eigenständigkeit, soziale Eingliederung und Teilhabe am Leben der Gemeinschaft“ aufgenommen. Insbesondere mit den Entschlüssen über „Eine kohärente Politik für behinderte Menschen“ von 1984 und 1992 hat der Europarat

- eine umfassende konzeptionelle Linie für Prävention, Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen vorgezeichnet,

- Forderungen und Entwicklungen für die unterschiedlichen Lebens- und Politikbereiche einander zugeordnet und damit

- eine Art „Drehbuch“ für eine – aus jeweiliger Sicht – zeitgemäße europaweite Politik zur Rehabilitation und Eingliederung behinderter Menschen entworfen.

Nachdem eine erste vom Europarat vorbereitete und organisierte Ministerkonferenz 1991 die Entschlüsselung von 1992 politisch gebilligt hatte, fand vom 7. bis 8. Mai 2003 in Malaga die Zweite Europäische Konferenz der Minister, die für die Integrationspolitik für behinderte Menschen verantwortlich sind, statt. Hauptthema der Konferenz war die „Verbesserung der Lebensqualität: Steigerung einer kohärenten Politik für und durch volle Teilhabe“. Unterthemen der Konferenz waren:

- „Förderung des Bürgerrechtes und der vollen Teilhabe durch die Entwicklung effektiver gesetzlicher und politischer Vorschriften, um die Chancengleichheit für Menschen mit Behinderung zu sichern“ sowie
- „Entwicklung innovativer Methoden für Dienstleistungen, die geplant werden, um die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung zu erfüllen“.

Deutschland hat mit einer Delegation, der auch ein Vertreter des Deutschen Behindertenrates angehörte, teilgenommen. Es wurden Vorschläge diskutiert, um die Teilhabe von behinderten Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf an der Gesellschaft zu verbessern. Als Ergebnis der auf Ministerebene geführten Debatte und als Beitrag zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 wurde die Erklärung: „Fortschritte zu einer vollen Teilhabe als Bürger“ verabschiedet, die fortentwickelte politische Standards für eine Politik für behinderte Menschen im Einvernehmen aller Mitgliedsstaaten des Europarats festlegt. Die Erklärung bildet die Grundlage für die Erarbeitung eines Aktionsplans, um national und international die Prinzipien umzusetzen, die auf dieser Zweiten Europäischen Konferenz erarbeitet wurden.

Im Rahmen seiner Aktivitäten auf dem Gebiet der Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen hat der Europarat im Frühjahr 2004 ein Expertenkomitee zu „Design für Alle“ (CD-P-UD) eingerichtet. Eingeladen zur Mitarbeit sind alle Mitgliedstaaten des Europarates. Das Arbeitsprogramm des Komitees sieht im Wesentlichen vor:

- Austausch von Informationen über bestehende nationale und internationale Standards, Normen und Instrumente bezüglich der Zugänglichkeit zur gebauten Umgebung, barrierefreien Produkten und Dienstleistungen,
- Austausch von Erfahrungen bei der Umsetzung von Prinzipien des „Universal Design“ auf nationaler Ebene,
- Zusammenstellung einer Übersicht von beispielhaften Praktiken und Verfahren,

- Entwicklung einer gemeinsamen europäischen Position zu „Universal Design“ mit Grundprinzipien und spezifischen Leitlinien und
- Erarbeitung von Empfehlungen an die Regierungen der Mitgliedstaaten, um die Zugänglichkeit behinderter Menschen zur gebauten Umgebung, Produkten und Diensten, gegründet auf den Prinzipien des „Universal Design“, zu verbessern und auf die Einsetzung europäischer Normen und Standards hinzuarbeiten.

Deutschland ist in diesem Komitee vertreten und wird an der Umsetzung des Arbeitsprogramms mitarbeiten.

16.7 Instrumente zum Schutz behinderter Menschen auf universaler Ebene

Auf universaler Ebene gibt es derzeit zwei unterschiedliche Stränge von Schutzinstrumenten für behinderte Menschen. Auf der einen Seite die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UN) am 20. Dezember 1993 verabschiedeten Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte („Standard Rules“) und auf der anderen Seite die Arbeiten an einer UN-Menschenrechtskonvention über die Rechte behinderter Menschen.

Die „Standard Rules“ haben aus internationaler Sicht große Bedeutung erlangt. Diese Rahmenbestimmungen haben entscheidend dazu beigetragen, Fortschritte in der nationalen Behindertenpolitik vieler Staaten zu erreichen. Auch Deutschland hat von den „Standard Rules“ profitiert: Das im Jahr 2000 verabschiedete SGB IX stützt sich in seinem allgemeinen Teil auf die Grundüberlegung, behinderten Menschen Teilhabe und Selbstbestimmung zu ermöglichen und greift damit den in den „Standard Rules“ als „Equal Participation“ bezeichneten Leitgedanken zur Integration behinderter Menschen in die Gesellschaft auf.

Aufgrund des Vorschlags des ehemaligen Sonderberichterstatters der UN für Behinderung, Herrn Bengt Lindqvist, wurde in den letzten Jahren an der Fortentwicklung und Anpassung der „Standard Rules“ gearbeitet. Die 59. Sitzung der Generalversammlung (2004) der UN hat beschlossen, den Prozess vorerst nicht weiterzuverfolgen, um sich vorrangig der Erarbeitung der UN-Menschenrechtskonvention über die Rechte behinderter Menschen zu widmen. Diese Entscheidung ist im Einklang mit der deutschen Haltung. Deutschland befürwortet die Fortentwicklung der Rahmenbestimmungen, hat allerdings in seinen Stellungnahmen darauf aufmerksam gemacht, dass der zweigleisige Ansatz – menschenrechtliche Behindertenkonvention und Verbesserung der Anwendung der anderen Menschenrechtskonventionen auf behinderte Menschen – Priorität genießen muss. Eine Fortentwicklung der Rahmenbestimmungen darf der Entwicklung des Menschenrechtsinstrumentes „Konvention“ nicht im Wege stehen. Die Behindertenverbände wären aus Kapazitäts- und finanziellen Engpässen nicht in der Lage, an zwei Prozessen gleichzeitig mitzuarbeiten. Eine Beteiligung der Interessenvertretungen behinderter Men-

schen ist jedoch bei beiden Projekten zwingend erforderlich.

Auf Ebene der UN existiert bislang kein Menschenrechtsinstrument, das vollständig die Belange von behinderten Menschen abdeckt. Die sieben UN-Menschenrechtskonventionen gelten für alle Menschen. Sie sind jedoch nicht auf die besonderen Belange behinderter Menschen zugeschnitten. Lediglich die Konvention der Rechte des Kindes (1989) sieht in Artikel 2 einen allgemeinen Schutz von Kindern mit Behinderung vor Diskriminierung vor. Außerdem werden die Vertragsstaaten in Artikel 23 ausdrücklich verpflichtet, anzuerkennen, dass Kinder mit geistiger oder körperlicher Behinderung das Recht haben, ein Leben zu führen, das es ihnen ermöglicht, sich als Individuen zu entwickeln, gefördert zu werden und aktiv am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.

Die bestehenden internationalen Instrumente speziell für behinderte Menschen – im Wesentlichen der „Weltaktionsplan betreffend behinderte Menschen“ von 1981 sowie die „Standard Rules“ – haben weder einen menschenrechtlichen noch einen völkerrechtlich verbindlichen Charakter. Sie stellen eine Empfehlung an die Staaten dar, wie Chancengleichheit für behinderte Menschen erreicht werden kann. Daneben gibt es in Teilbereichen rechtlich verbindliche Normen zum besonderen Schutz. Im Bereich des internationalen Arbeitsrechts regelt z. B. das ILO-Übereinkommen 169 die Eingliederung behinderter Menschen in das Berufs- und Arbeitsleben.

Eine UN-Menschenrechtskonvention, die alle Belange behinderter Menschen abdeckt, wird seit mehr als 20 Jahren von internationalen Behindertenorganisationen gefordert. Ein großer Teil der weltweit ca. 600 Millionen behinderten Menschen lebt zum Teil immer noch unter nicht hinnehmbaren Bedingungen. Fünf große Behindertenorganisationen (Disabled people's International, International Inclusion, Rehabilitation International, World Blind Union, World Federation of the Deaf) unternahmen zu Beginn des neuen Jahrtausends einen erneuten Vorstoß und verabschiedeten am 12. März 2000 die so genannte Peking Deklaration, in der eine Behindertenkonvention als die Nationen rechtlich bindendes Instrument gefordert wird.

Der dritte Ausschuss der 56. Generalversammlung (GV) der Vereinten Nationen hat im Oktober/November 2001 auf Initiative von Mexiko einer Resolution über die Ausarbeitung einer „Konvention zum Schutz der Rechte und der Würde von Menschen mit Behinderung“ zugestimmt. Es wurde ein „Ad-hoc-Komitee“ eingesetzt, welches – offen für die Mitarbeit aller Mitgliedstaaten und Beobachter der Vereinten Nationen – Vorschläge für die Ausarbeitung einer Internationalen Konvention erarbeiten soll. Das „Ad-hoc-Komitee“ hat seitdem bereits viermal getagt, das Konventions-Projekt wird inzwischen von einer Vielzahl von Ländern und den führenden internationalen Behindertenverbänden aktiv unterstützt. Die Bundesregierung hat sich von Anfang an für eine Konvention zum Schutz und zur Förderung der Rechte der behinderten Menschen ausgesprochen.

Das „Ad-hoc-Komitee“ hat auf seiner zweiten Sitzung im Sommer 2003 eine Sonderarbeitsgruppe damit beauftragt, einen ersten, verhandelbaren Vorschlag für einen Konventionstext zu erarbeiten. Diese Arbeitsgruppe hat im Januar 2004 in New York getagt. Auf der Grundlage von zahlreichen Vorschlägen der Länder und Staatengruppen sowie der Nichtregierungsorganisationen wurde ein erster Entwurf für eine Behindertenkonvention ausgearbeitet, der die Grundlage für die weiteren Verhandlungen bildet. Ziel der Konvention ist aus Sicht der EU die Anpassung der geltenden Menschenrechte an die Bedürfnisse von behinderten Menschen.

Deutschland hat im Rahmen der bisherigen Verhandlungen mehrmals bekräftigt, dass eine Konvention anwendbar, durchsetzbar und realistisch sein soll. Nur so wird es möglich sein, zahlreiche Ratifizierungen sicherzustellen. Darüber hinaus muss vermieden werden, dass ein neues Instrument bereits bestehende internationale Menschenrechtsstandards und -regeln untergräbt oder dupliziert. Neue Regelungen müssen deshalb mit existierenden völkerrechtlichen Instrumenten in Einklang stehen. Deutschland wird weiterhin an den Arbeiten des „Ad-hoc-Komitees“ aktiv teilnehmen und sich nachdrücklich für eine umfassende Menschenrechtskonvention für behinderte Menschen einsetzen.

Abkürzungsverzeichnis zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe (Bundestagsdrucksache)**A**

ABIS	Aktionsprogramm berufliche Integration Schwerbehinderter
AbI	Aktionsbündnis für barrierefreie Informationstechnik
ADV	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Verkehrsflughäfen
AG-BSHG LSA	Ausführungsgesetz Bundessozialhilfegesetz des Landes Sachsen-Anhalt
ATZ	Alzheimer Therapiezentrum

B

BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAGH	Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V.
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BDH	Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e. V.
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BGJ	Berufsgrundjahr
BITV	Barrierefreie Informationstechnik-Verordnung
BIK	Kompetenzzentrum „Barrierefrei informieren und kommunizieren“
BKM	Modellvorhaben Berufsorientierte Beratung und Begleitung kleinwüchsiger Menschen
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BSG	Bundessozialgericht
BT	Bundestag
BTZ	Berufliche Trainingszentren
BVJ	Berufsvorbereitungsjahr

C

CEMT	Europäische Verkehrsministerkonferenz
CMB	Case-Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen

D

DB AG	Deutsche Bahn AG
DBR	Deutscher Behindertenrat
DBS	Deutscher Behindertensportverband
DBSV	Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband
DGS	Deutsche Gebärdensprache

E

EBO	Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung
ECAC	Europäische Zivilluftfahrt-Konferenz
EDF	Europäischer Behindertenverband (European Disability Forum)
EFH RWL	Institut für Praxisforschung im Gesundheits- und Sozialwesen an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe
EG	Europäische Gemeinschaft
EJMB	Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen
EP	Europäisches Parlament
ESF	Europäischer Sozialfonds
ETG	European Thematic Group
EU	Europäische Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft

F

FFI	Friederike-Fliedner-Institut e. V.
FGG	Gesetz über die Freiwillige Gerichtsbarkeit
FoPS	Forschungsprogramm Stadtverkehr
FStrG	Bundesfernstraßengesetz

G

GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GVFG	Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung

H

HBS	Hagen-Zürich-Eichstätter Braille-Konvertierungssystem
HWK	Handwerkskammer
HwO	Handwerksordnung

I

IbGM	Institut für barrierefreie Gestaltung in Mainz
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
IFD	Integrationsfachdienste
IHK	Industrie- und Handelskammer
IMO	Internationale Seeschiffahrtsorganisation
INCOBS	Informationspool Computerhilfsmittel für blinde und sehbehinderte Menschen
INQA	Initiative neue Qualität der Arbeit
ISG	Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik

K

KHK	Koronare Herzkrankheit
KHV	Kommunikationshilfenverordnung
KJ1	Jahresrechnungen der Krankenkassen
KMU	Klein- und mittlere Unternehmen

L

LVA	Landesversicherungsanstalt
LAGH	Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
LuftVG	Luftverkehrsgesetz
LWK	Landwirtschaftskammer

M

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MTT	Medizinische Trainingstherapie

N

NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen
Natko	Nationale Koordinierungsstelle Tourismus für Alle
NatKoS	Nationale Koordinierungsstelle
NF	Niederflurbauweise

O

ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
------	---------------------------------

P

PBefG	Personenbeförderungsgesetz
PfIfEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

R

RPK-Einrichtung	Medizinisch-berufliche und psychosoziale Einrichtung der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen
RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Risikostrukturausgleichsverordnung
RVO	Rechtsverordnung

S

SET	Selbsterhaltungstherapie
SGB	Sozialgesetzbuch
SPNV	Schienenpersonennahverkehr
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
STVZO	Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung
STUVA	Studiengesellschaft für unterirdische Verkehrssysteme e. V.

T

TAG Tagesbetreuungsausbaugesetz

V

VBD Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung

VERS Kooperation und Vernetzung von Rehabilitationskliniken und Selbsthilfegruppen/-organisationen

VDR Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

VDV Verband Deutscher Verkehrsunternehmen

W

WHO Weltgesundheitsorganisation

Z

ZIBS Zukunftsinitiative für berufsbildende Schulen

**Anhang zum Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen
und die Entwicklung ihrer Teilhabe nach § 66 SGB IX**

Gliederung

	Seite
I. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX „Evaluation der finanziellen Folgewirkungen auf die Träger der Sozialhilfe und öffentlichen Jugendhilfe“ (Zusammenfassung) . .	185
II. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX „Einrichtung und Arbeitsweise der gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation“ (Kurzfassung)	190
III. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX „Berufliche Teilhabe von Frauen mit (unterschiedlichen) Behinderungen unter der besonderen Berücksichtigung von Frauen mit Betreuungspflichten“ (Schlussfolgerungen)	199
IV. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX „Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen“ (Zusammenfassung)	213

**Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Sozialgesetzbuchs IX
– Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –**

**Evaluation der finanziellen Folgewirkungen
auf die Träger der Sozialhilfe und öffentlichen Jugendhilfe**

Bericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V.

Verfasser: Dietrich Engels
 Christine Sellin

Köln, den 30. Juni 2004

I. Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX

„Evaluation der finanziellen Folgewirkungen auf die Träger der Sozialhilfe und öffentlichen Jugendhilfe“ (Zusammenfassung)

Im Vorfeld der Einführung des SGB IX wurde auf der einen Seite befürchtet, dass die Neuregelungen nicht kostenneutral bleiben, sondern zu zusätzlichen Belastungen führen würden; andererseits wurde auch die Meinung vertreten, dass die Neuregelungen nicht hinreichend konkret gefasst seien, um überhaupt Wirkungen erzielen zu können.

Zur Abschätzung der finanziellen Folgewirkungen, die das SGB IX auf die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe hatte, wurde in einem ersten Schritt die Ausgabenentwicklung der Jahre 2000 bis 2002 analysiert, wie sie von der amtlichen Statistik abgebildet wird (Kap. 3). Für die überörtlichen Träger weist die Sozialhilfestatistik zwischen den Jahren 2000 und 2002 eine Steigerung der Bruttoausgaben um 920 Mio. Euro bzw. 11,3 Prozent aus, die Einnahmen sind dort um 305 Mio. Euro bzw. 41,5 Prozent gestiegen. Die Bruttoausgaben der örtlichen Träger sind im gleichen Zeitraum um 152 Mio. Euro bzw. 16 Prozent gestiegen, deren Einnahmen um 17 Mio. Euro bzw. 31 Prozent. Inwieweit diese Entwicklung als Folgewirkung des SGB IX zu bewerten ist, oder sich darin eher an-

dere Faktoren niederschlagen, lässt sich aber auf der Ebene einer Auswertung der amtlichen Statistik nicht hinreichend klären.

Um ein genaueres Bild von der erfolgten Entwicklung zu gewinnen, wurden daher weitere Untersuchungsschritte unternommen: Zum einen wurden die (teilweise empirisch gestützten) Berechnungen der BAGüS überprüft (Kap. 4), zum andern wurde auf der Grundlage der Auswertung eigener Erhebungen bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe und öffentlichen Jugendhilfe die Auswirkung auf der Ebene der örtlichen Träger abgeschätzt (Kap. 5).

Nach diesen empirischen Auswertungen und Berechnungen ist von den nachfolgend zusammengefassten finanziellen Auswirkungen auf die öffentlichen Träger der Sozialhilfe und Jugendhilfe auszugehen.

I.1 Bilanz der Auswirkungen auf die überörtlichen Sozialhilfeträger

Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe werden den Berechnungen in Kapitel 4 zufolge mit rund 44,8 Mio. Euro belastet, wenn man die Einnahmeverluste wegen Nichtanrechnung des Arbeitsförderungsgeldes als Wirkung des SGB IX berücksichtigt, nicht aber das Arbeitsförderungsgeld selbst. Nach den derzeitigen Schätzungen werden die überörtlichen Träger insgesamt um 23,2 Mio. Euro

Tabelle 1

Übersicht Be- und Entlastungen

A Auswirkungen auf überörtliche Träger		Mio. € pro Jahr
Mehrbelastung		
1	Arbeitsförderungsgeld	62,7
2	oder alternativ: Nicht Anrechnung Arbeitsförderungsgeld	16,9
3	Wegfall Einkommens-/Vermögensprüfung WfbM + TagFö	27,9
4	zugangsfreie Maßnahmen der Reha	0
5	Gebärdensprachdolmetscher	0
6	nicht realisierte Erstattungsansprüche/Gutachterkosten	0
7	zusätzlicher Verwaltungsaufwand	0 (unbekannt)
Summe Belastungen einschl. Arbeitsförderungsgeld		90,5
Summe ohne Arbeitsförderungsgeld		44,8 Mio. € 2002
Entlastung		
1	Mittagessen in WfbM + Tagesförderungsstätten	18,1
2	pauschaler Unterhaltsbeitrag	5,1
3	Verlängerung des Eingangsverfahrens Berufsbildung WfbM	0 (unbekannt)
4	Maßnahmen der med. Reha	0 (unbekannt)
5	geringerer Verwaltungsaufwand	0 (unbekannt)
Summe Entlastungen		23,2 Mio. € 2002
Belastung abzügl. Entlastung (ohne Afg)		21,6 Mio. € 2002

entlastet, wobei Einsparungen im Verwaltungsbereich aufgrund von Pauschalierungsregelungen sich in der Übergangsphase noch nicht niederschlagen, aber längerfristig eine stärkere Rolle spielen können.

Die Subtraktion des Entlastungsbetrages vom Belastungsbetrag ergibt eine Nettobelastung der überörtlichen Sozialhilfeträger in Höhe von rund 21,6 Mio. Euro im Jahr 2002, wobei längerfristig mögliche Entlastungen durch Verwaltungsvereinfachungen nicht berücksichtigt sind. Es wird aber auch seitens der überörtlichen Träger der Sozialhilfe damit gerechnet, dass sich Pauschalierungen auf längere Sicht in Form von höheren Einnahmen und einem geringeren Verwaltungsaufwand bemerkbar machen werden. Sofern dies eintritt, wird die festgestellte Nettobelastung durch diese Einnahmen und Einsparungen geringer ausfallen bzw. wird relativiert.

I.2 Bilanz der Auswirkungen auf die örtlichen Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger

Die örtlichen Träger der Sozialhilfe (und im Falle des § 35a SGB VIII die der Jugendhilfe) werden den Berechnungen in Kapitel 5.2 zufolge mit 109,4 Mio. Euro belastet, wenn

- alle genannten Belastungen auf Bundesebene hochgerechnet werden – auch in den Fällen, in denen rund

90 Prozent der befragten Träger explizit keine Belastung angeben;

- die gesamte Steigerung der Hilfe nach § 35a SGB VIII auf die mit dem SGB IX in Kraft getretenen Neuregelungen zurückgeführt wird.

Allerdings ergibt dies ein verzerrtes Bild: Lediglich die Hilfen nach § 35a SGB VIII schlagen (mit 86 Mio. Euro) in nennenswerter Weise zu Buche, ansonsten ergeben sich allenfalls noch bei der Früherkennung/Frühförderung nennenswerte Beträge, während sich in allen übrigen Bereichen keine Belastungen ergeben, die über ein geringfügiges Niveau hinausreichen.

Die Schlussfolgerung, dass eine Belastung der örtlichen Träger in dieser Höhe allein auf das SGB IX zurückzuführen sei, scheint aber nicht gerechtfertigt. In der Fachliteratur ebenso wie in den Anhörungen zur Einführung des SGB IX und in den Anmerkungen im Rahmen unserer Befragung wird immer wieder darauf hingewiesen, dass generell steigende Fallzahlen in diesem Bereich zu registrieren seien; dies wird insbesondere auf die gesellschaftliche Entwicklung, aber auch auf die von den befragten Jugendhilfeträgern berichtete Kostenverlagerung seitens anderer Leistungsträger zurückgeführt. Da eine kausale Verursachung durch das SGB IX nicht eindeutig belegbar ist und aufgrund fachlicher Einschätzungen als

Tabelle 2

Übersicht Be- und Entlastungen

B Auswirkungen auf örtliche Träger		Mio. € pro Jahr
Mehrbelastung		
1	Wegfall der Einkommens- und Vermögensprüfung	2,4
2	Gebärdensprachdolmetscher	0,04
3	Neufassung § 35a SGB VIII	86,0 (wg. SGB IX ?)
4	Gutachterkosten	0,005
5	nicht realisierte Erstattungsansprüche	6,0
6	Zuständigkeitserklärung	0,016
7	Qualitätsmanagement	0,006
8	gemeinsame Servicestellen	0,024 (2003)
9	Beratungsleistungen	0
10	Früherkennung und Frühförderung	14,9 (wg. SGB IX?)
Summe Belastungen		109,4 Mio. € 2002 (wg. SGB IX?)
Summe ohne § 35a SGB VIII		23,4 Mio. € 2002
Entlastung		
1	Reduzierung des Verwaltungsaufwands	0 (unbekannt)
2	Effektivierung von Leistungen, Barrierefreiheit ...	0 (unbekannt)
Summe Entlastungen		0 Mio. € 2002
Belastung abzügl. Entlastung (ohne SGB VIII)		23,4 Mio. € 2002

wenig wahrscheinlich gelten kann, erscheint es uns eher vertretbar, zunächst von einer Belastung der örtlichen Träger der Sozialhilfe von insgesamt 23,4 Mio. Euro auszugehen (Belastungen ohne § 35a SGB VIII).¹

Die befragten Träger konnten nicht abschätzen, ob und ggf. in welchem Umfang es zu einer Entlastung kommt. Aufgrund unserer Erhebungsergebnisse ist somit von einer Nettobelastung in Höhe von rund 23,4 Mio. Euro im Jahr 2002 auszugehen.

Hinzu kommt ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand, der nach den Angaben der örtlichen Träger hochgerechnet wurde. Allerdings sind die Angaben zum zeitlichen Mehraufwand so geringfügig, dass die Umrechnung der Stundenangaben auf Vollzeitstellen für Deutschland insgesamt nur einen Umfang von 18 Personalstellen ergibt (Tabelle 35). Legt man jährliche Personalkosten von 50 000 Euro pro Mitarbeiterstelle zugrunde, entspricht dies einer zusätzlichen Belastung in Höhe von 0,9 Mio. Euro, aber auch hier müssten Verwaltungseinsparungen gegengerechnet werden, die sich längerfristig ergeben, sobald die Neuregelungen besser eingespielt sind.

¹ Zweifelsfrei sind im Bereich der Hilfe nach § 35a SGB VIII nicht unerhebliche Ausgabensteigerungen festzustellen. Diese zu großen Teilen als Folgewirkung des SGB IX auszuweisen, ist allerdings sachlich nicht zu rechtfertigen. Bislang fehlen repräsentative Daten zur Praxis des § 35a SGB VIII, auf deren Grundlage es möglich wäre zu analysieren, welche verschiedenen Hilfearten die einzelnen Träger unter § 35a SGB VIII verbuchen. Erst dann kann eine Kostensteigerung hinsichtlich der verursachenden Faktoren untersucht und ggf. auch teilweise als finanzielle Folgewirkung des SGB IX gewertet werden.

Tabelle 3

	Personal Mehraufwand	Stellen	Mio. € 2002
6	Zuständigkeitserklärung	3,0	
7	Qualitätsmanagement	1,5	
8	Gemeinsame Servicestellen	5,9	
9	Beratungsleistungen	7,6	
Summe	Mehraufwand Personal örtlicher Träger entspricht bei Personalkosten v. 50.000 Euro pro Jahr	18,0	0,9

I.3 Schlussfolgerungen

Nach den Analysen des ISG hat die Einführung des SGB IX eher zur Belastung als zur Entlastung der Träger der Sozialhilfe und öffentlichen Jugendhilfe geführt. Gemessen an den im Vorfeld geäußerten Befürchtungen fallen jedoch die Nettobelastungen, die nach Berücksichtigung von Einkünften und Verwaltungsentlastungen verbleiben, vergleichsweise geringfügig aus.

Zwar gibt es innerhalb des untersuchten Gegenstandsbereichs einzelne Teilbereiche, in denen im Zeitraum zwischen den Jahren 2000 und 2002 die Höhe der Ausgaben, der Einnahmen und/oder die Zahl der Fälle sich stark verändert haben, doch lassen sich dafür meist andere Faktoren und nur an wenigen Stellen das SGB IX als eindeutige

Tabelle 4

Übersicht Be- und Entlastung

C Zusammenfassung der Auswirkungen im Bezugsjahr 2002	
überörtliche Träger	
höhere Leistungsausgaben	44,8 Mio. €
höhere Einnahmen	23,2 Mio. €
höherer Verwaltungsaufwand	in der Übergangsphase
Verwaltungsvereinfachung	längerfristig ja
Nettobelastung überörtliche Träger	21,6 Mio. €
örtliche Träger	
höhere Leistungsausgaben	23,4 Mio. €
höhere Einnahmen	keine
höherer Verwaltungsaufwand	geringfügig
Verwaltungsvereinfachung	evtl. längerfristig
Nettobelastung örtlicher Träger	23,4 Mio. €

Ursache dieser Entwicklungen ausmachen. Hier sind insbesondere zwei Faktoren zu nennen:

1. Umstritten ist, ob das Arbeitsförderungsgeld, das die überörtlichen Sozialhilfeträger nach § 43 SGB IX an Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen zahlen, als Auswirkung des SGB IX zu berücksichtigen ist oder als Auswirkung der Sozialhilfereform 1996 und der seinerzeit verfolgten Intention, die Lage der Werkstattbeschäftigten zu verbessern. Würde es als unmittelbare Folge dem SGB IX zugerechnet, würden die Belastungen der überörtlichen Sozialhilfeträger höher ausfallen als hier ausgewiesen.
2. Fraglich ist, ob die im Kontext des SGB IX vorgenommene Neufassung des § 35a SGB VIII tatsäch-

lich zu nennenswerten Kostensteigerungen geführt hat, oder ob diese vielmehr auf die steigende Inanspruchnahme der Hilfe bzw. die unterschiedliche Nutzung des § 35a SGB VIII als Finanzierungsinstrument für verschiedene Hilfen zurückzuführen ist.

Es ist auch durchaus möglich, dass sich der Umfang der Be- und Entlastungen in Zukunft noch verändern wird: Einige Belastungen können sich langfristig deutlicher niederschlagen, vor allem aber werden die durch Einführung von Pauschalbeträgen erwarteten Einnahmen und Entlastungen der Verwaltung erst dann in vollem Umfang zum Tragen kommen, wenn dieses Verfahren besser eingespielt, die Zahlungsverpflichtung zur Selbstverständlichkeit geworden sind und aufwendige Widerspruchsverfahren auf wenige Ausnahmefälle beschränkt bleiben.

**Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Sozialgesetzbuchs IX
– Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –**

**Einrichtung und Arbeitsweise
der gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation**

Bericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V.

Verfasser: Frank Pfeuffer
Heike Engel
Dietrich Engels

Köln, im Juli 2004

II. **Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX „Einrichtung und Arbeitsweise der gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation“ (Kurzfassung)**

Einleitung

Das SGB IX fungiert als Klammer der verschiedenen Leistungsgesetze. Mit einigen neuen Regelungen soll die erforderliche Kooperation, Koordination und Konvergenz der Rehabilitationsträger und des Rehabilitationsrechts erreicht werden. Als zentraler infrastruktureller Dreh- und Angelpunkt dafür sind Gemeinsame Servicestellen (GS) für Rehabilitation vorgesehen. Sie sollen von den Rehabilitationsträgern ortsnah und flächendeckend eingerichtet werden und eine umfassende, bürgernahe und barrierefreie Beratung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und ihrer Angehörigen gewährleisten. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat das ISG beauftragt, die Einrichtung und Arbeitsweise der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren.

1. Konzeption und Methodik der wissenschaftlichen Begleitforschung

1.1 Arbeitsschritte und Methoden

Der methodische Ansatz des ISG kombiniert quantitative und qualitative Methoden. Die quantitativen Arbeitsschritte umfassen schriftliche und telefonische Befragungen sowie statistische Analysen relevanter Strukturdaten. Qualitative Methoden kommen insbesondere bei der Beratung der GS im Rahmen von Workshops und der Befragung von Mitarbeitern sowie von Nutzern der GS im Rahmen von Expertengesprächen zum Einsatz. Die Ergebnisse folgender Instrumentarien der Begleitforschung fließen in den integrierten Abschlussbericht ein:

- Zwei schriftliche Befragungen aller GS im Frühjahr 2003 und im Frühjahr 2004.
- Telefonische Befragung von Mitarbeitern der GS im Sommer 2003. In leitfadengestützten Telefoninterviews wurden die Mitarbeiter von 30 ausgewählten GS nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen befragt.
- Nutzerdokumentationen der 30 ausgewählten GS für den Zeitraum September 2003 bis Februar 2004.
- Schriftliche Nutzerbefragung im Zeitraum Dezember 2003 bis Januar 2004.
- Schriftliche Befragung von Teammitgliedern im Backoffice der GS sowie von Kooperationspartnern der GS im Zeitraum November 2003 bis Januar 2004.
- Zwei Workshops mit Mitarbeitern von 30 GS zur Erörterung von Untersuchungsergebnissen, zum Erfahrungsaustausch, Wissenstransfer und zur Ableitung von Entwicklungsvorschlägen. Der erste Workshop fand im Juni 2003 in Bonn, der zweite Workshop im Mai 2004 in Berlin statt.

1.2 Beteiligung an den Befragungen und Repräsentativität

Schriftliche Befragungen der Gemeinsamen Servicestellen

An der ersten Befragung Anfang 2003 nahmen insgesamt 378 GS von bis dahin 518 eröffneten GS teil, was einer Beteiligung von 73 Prozent entspricht. An der zweiten Befragung Anfang 2004 nahmen insgesamt 410 GS von 577 bis zu diesem Zeitpunkt eingerichteten GS teil. Die Beteiligungsquote beträgt damit 71 Prozent. Die Repräsentativität der Befragungsdaten und damit der ableitbaren Aussagen ist weitgehend gewährleistet. Der Vergleich der Gewichte einzelner Bundesländer sowie Rehabilitationsträger in Stichprobe und Grundgesamtheit fällt zufriedenstellend aus. Bei der Interpretation der Untersuchungsergebnisse ist aber in Rechnung zu stellen, dass die Befragungsergebnisse, z. B. zu den Fallzahlen, keine abgesicherte Hochrechnungsbasis darstellen, da sie vor allem auf den Erfahrungen „funktionierender“ GS beruhen.

Befragung der Teammitglieder der Gemeinsamen Servicestellen

Insgesamt wurden 344 Teammitglieder angeschrieben. Hiervon haben 108 einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von 31 Prozent entspricht.

Nutzerdokumentationen Gemeinsamer Servicestellen

Die 30 ausgewählten GS wurden weiterhin gebeten, in einem Zeitraum von einem halben Jahr ihre Leistungen, die sie im Rahmen der Servicestellenarbeit je Klient erbracht haben, zu dokumentieren. Die vielseitig diskutierten geringen Fallzahlen wurden auch hier konstatiert: Lediglich 100 Falldokumentationen wurden uns zugesandt, davon gut ein Viertel von der GS aus Baden-Württemberg.

Befragung von Selbsthilfegruppen, Wohlfahrts- und Sozialverbänden u. a.

Die Sicht von Selbsthilfegruppen, Wohlfahrts- und Sozialverbänden, Behindertenbeauftragten, interessierten Bürgern etc. stellt einen weiteren Baustein der Gesamtanalyse dar. Die Gruppe der eingehender evaluierten 30 GS haben insgesamt 112 Institutionen benannt, mit denen sie kooperieren. Von diesen haben 28 ausgefüllte Fragebögen an das ISG zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 25 Prozent entspricht.

Befragung von Kunden der Gemeinsamen Servicestellen

Schließlich wurden die Spitzenverbände der Selbsthilfegruppen auf Landesebene um Mitarbeit bei der Weiterleitung von Fragebögen an Klienten von Gemeinsamen Servicestellen gebeten. Auf diese Weise konnten Selbsthilfegruppen in den Städten und Gemeinden erreicht und zur Mithilfe gewonnen werden. Dieser Umweg wurde gewählt, da es aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich war, die Klienten direkt anzuschreiben. Von den

insgesamt 1 000 Fragebögen, die auf dem Weg über Selbsthilfegruppen an Klienten weiter geleitet wurden, haben allerdings nur 28 behinderte Menschen einen ausgefüllten Fragebogen an das ISG zurückgesendet.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung

1.3 Umsetzungsstand der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen

1. Wie viele GS wurden bislang eingerichtet?

- Bis zum 30. Juni 2004 wurden bundesweit 578 Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation eingerichtet. Die flächendeckende Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen ist damit weitestgehend abgeschlossen.

2. Ist eine flächendeckende Versorgung mit GS sichergestellt?

- Ende Juni 2004 waren in 347 von insgesamt 439 Kreisen (kreisfreien Städten und Landkreisen) in Deutschland, das sind 79 Prozent der Kreise, GS eingerichtet worden. 85 der Landkreise und kreisfreien Städte, das sind 19 Prozent der Kreise, werden durch eine GS, die in einem benachbarten Kreis eingerichtet wurde, mitbetreut. 7 Landkreise und kreisfreie Städte, das sind 2 Prozent der Kreise, mit insgesamt rund 940 000 Einwohnern, werden gegenwärtig noch durch keine GS betreut.

3. Bei welchen Rehabilitationsträgern wurden GS eingerichtet?

- Die GS sind überwiegend entweder bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem Rentenversicherungsträger eingerichtet. Während 329 GS und damit über die Hälfte (57 Prozent) der 578 GS bei einer Krankenkasse eingerichtet sind, wurden 222 GS, das sind über ein Drittel (38 Prozent), bei einem Rentenversicherungsträger (inklusive Bundesknappschaft) eröffnet. Relativ selten befinden sich die GS in Trägerschaft anderer Rehabilitationsträger. Nur 27 GS (5 Prozent) sind bei einem Sozialhilfeträger, einem Unfallversicherungsträger oder Agenturen für Arbeit eingerichtet.

1.4 Strukturaufbau und Personal der Gemeinsamen Servicestellen

4. Wie ist der Strukturaufbau der GS erfolgt?

- Die weit überwiegende Mehrheit der GS (92 Prozent) nutzte für die Einrichtung der GS bestehende Strukturen. Dies erfolgte in aller Regel in der Form, dass die GS in eine bestehende Beratungsstelle des Trägers bei nunmehr gemeinsamer Nutzung der technischen, räumlichen und personellen Infrastruktur integriert wurde. Die Nutzung bestehender Beratungsstrukturen erfolgte in knapp einem Viertel der Fälle (23 Prozent) derart, dass eine bestehende Beratungsstelle in „Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation“ umbenannt wurde. Für einen relativ geringen Anteil der GS

(8 Prozent) wurden die erforderlichen Beratungsstrukturen hingegen neu geschaffen.

5. Wie sind die Servicestellenteams der beteiligten Rehabilitationsträger organisiert?

- Die durchgängig anzutreffende Organisationsform lässt sich treffend als „virtuelle GS“ oder auch als „vernetzte GS“ bezeichnen: Die GS ist in den Räumen eines Rehabilitationsträgers eingerichtet, von wo aus Mitarbeiter der anderen Rehabilitationsträger per Telefon oder E-Mail erreichbar sind.
- Bei über der Hälfte der GS (54 Prozent) existieren keine tragfähigen Absprachen bezüglich einer Arbeitsteilung bzw. Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger. Mit dieser Feststellung korrespondiert, dass bei weniger als der Hälfte der Servicestellenteams (44 Prozent) die Teammitglieder der beteiligten Rehabilitationsträger eigens benannt wurden. Bei knapp der Hälfte der GS (48 Prozent) ist die Ansprechpartnerschaft innerhalb des Teams nicht klar und befriedigend geregelt. 8 Prozent der GS machten in der Befragung ausdrücklich deutlich, dass Teammitglieder nicht benannt wurden.

6. Welche Ausbildung weisen die Mitarbeiter der GS auf?

- In den GS sind typischerweise Sozialversicherungsfachangestellte, Diplom-Verwaltungswirte und Rehabilitationsberater tätig, die überwiegend schon vor der Einrichtung der GS in der trägerspezifischen Rehabilitationsbearbeitung tätig waren und dabei auch Kundenberatung durchführten. Ein Anteil von 9 Prozent der Mitarbeiter hat eine pädagogische Ausbildung etwa als Diplom-Sozialarbeiter oder Diplom-Sozialpädagoge. Das Ausbildungsniveau erscheint insgesamt hoch und den Anforderungen an qualifiziertes Personal, zumindest was das sozialversicherungsrechtliche Wissen angeht, angemessen. Spezielle Beratungskompetenzen im Sinne einer Methodenkompetenz der allgemeinen Sozialberatung, das heißt der Gesprächsführung, Bedarfsermittlung oder des Case Management liegen aber in der Regel nicht vor.

7. Wie viel Personal ist in den GS tätig?

- In der Regel sind ein oder zwei Mitarbeiter, manchmal auch drei oder vier Mitarbeiter für die Arbeit der GS zuständig. Abweichend davon ist die Zuständigkeit für die GS teilweise auf ganze Abteilungen übergegangen. Vor diesem Hintergrund erklärt sich die große Spannweite der Anzahl von in den GS tätigen Mitarbeitern. Sie reicht von einem Mitarbeiter bis 70 Mitarbeitern und beträgt durchschnittlich fünf Mitarbeiter.
- Ganz überwiegend sind Servicestellenmitarbeiter vollzeitbeschäftigt. Sie nehmen die Aufgaben der GS wahr, ohne dass dafür ein fester Stellenanteil als Kapazität festgelegt worden wäre. Sie erfüllen die Servicestellentätigkeit zusätzlich zu ihren bestehenden

trägerinternen Aufgaben der Kundenberatung und Reha-Sachbearbeitung.

- Der für die Servicestellenarbeit faktisch genutzte Stellenanteil ist abhängig von der konkreten Nachfrage nach Beratung und Unterstützung.

8. Sind die Mitarbeiter der GS in Vorbereitung auf ihre Tätigkeit geschult worden? Wie viele GS beteiligten sich an trägerübergreifenden Schulungen?

- Bei 12 Prozent der befragten GS erfolgte keine Schulung der Mitarbeiter zur Vorbereitung auf die Servicestellentätigkeit. Weitere 7 Prozent der befragten GS machten keine Angaben dazu, ob Mitarbeiter an Schulungen teilnahmen oder nicht. Dagegen verfügen 81 Prozent der GS über geschulte Mitarbeiter. 66 Prozent der befragten GS nahmen an trägerübergreifenden Schulungen teil, in der Regel auf der Grundlage des Schulungskonzeptes der BAR, während die Mitarbeiter von 15 Prozent der GS lediglich trägerintern auf ihre Servicestellentätigkeit vorbereitet wurden.

1.5 Umsetzung der Barrierefreiheit

9. Welcher Umsetzungsstand der Barrierefreiheit der GS wurde im Zugang zur Beratung erreicht?

- Neun von zehn (88 Prozent) der im Frühjahr 2003 befragten GS teilten mit, dass ihre GS über angemessen breite Türen für Rollstuhlfahrer verfügt bzw. diese geplant seien. Über behindertengerechte Toiletten verfügten acht von zehn GS (81 Prozent). Rampen für Rollstuhlfahrer waren in etwas über der Hälfte der GS (53 Prozent) vorhanden, in 8 Prozent der GS waren sie weder vorhanden noch geplant, obwohl diese GS nicht vollständig ebenerdig waren. Große kontrastreiche Schilder und eine gute Ausleuchtung fanden sich teilweise noch in konkreter Planung, bei gut der Hälfte der GS (53 Prozent). 44 Prozent der GS verfügten über behindertengerechte Handläufe oder planten ihre Anschaffung. Farbmarkierungen am Boden und taktile Leitsysteme schließlich fanden sich nur bei einem geringen Anteil der GS, wobei bis zu jede fünfte GS Farbmarkierungen und gut jede zehnte GS taktile Leitsysteme plante.

10. Welcher Umsetzungsstand der Barrierefreiheit der GS wurde in der Kommunikation erreicht?

- 60 Prozent der GS berichteten, dass sie in der Lage sind, binnen drei Tagen einen Gebärdendolmetscher zu einem Beratungsgespräch hinzuzuziehen. Über ein Fünftel der GS (22 Prozent) hingegen konnte dies nicht (auch nicht geplant) gewährleisten. Schwierigkeiten bestanden offenbar häufig in der kurzfristigen Verfügbarkeit von Gebärdendolmetschern. Weitere Kommunikationshilfen, wie beispielsweise Antragsformulare in Großschrift oder Bildschirmlesegeräte, gab es in den GS kaum. In den seltensten Fällen verfügten Servicestellenmitarbeiter selbst über Kompetenzen in Gebärdensprache.

11. Wurde bei der Planung der Barrierefreiheit externe Beratung, insbesondere von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen, eingeholt?

- Lediglich 45 bzw. 12 Prozent der Anfang 2003 befragten GS nahmen für die Planung der Barrierefreiheit externe Beratung in Anspruch. Externe Beratung zur Erreichung einer Barrierefreiheit der GS im Zugang und in der Kommunikation wurde in der Hälfte der Fälle durch Behindertenverbände gewährleistet. Jeweils sechs GS wurden durch Selbsthilfegruppen, Behindertenbeauftragte bzw. das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beraten. Drei GS berichteten über eine externe Beratung durch kommunale Gremien behinderter Menschen (Behindertenbeirat, Behindertenforum).

1.6 Kooperation des Servicestellenteams und Beteiligung Dritter

12. Wie funktioniert die Zusammenarbeit innerhalb des Teams der beteiligten Rehabilitationsträger?

- Die GS bewerten die fallbezogene Zusammenarbeit mit ihren Teammitgliedern überwiegend mit gut bis sehr gut. Die Bewertung ist weitestgehend unabhängig davon, bei wem die GS eingerichtet ist und unabhängig davon, mit welchem Rehabilitationsträger Kontakt zur Klärung eines Rehabilitationsfalls aufgenommen wurde. Ausgesprochen schlechte Bewertungen der Zusammenarbeit mit Teammitgliedern sind eher selten. Allerdings bewerten beispielsweise immerhin 9 Prozent der GS die Kooperation mit Teammitgliedern von Jugendhilfeträgern und 7 Prozent der GS die Kooperation mit Teammitgliedern von Sozialhilfeträgern als mangelhaft. Als Gründe hierfür werden insbesondere Schwierigkeiten bei der Zuständigkeitsklärung vor dem Hintergrund komplexer Fälle angeführt.

13. Welchen Stellenwert haben Treffen der Servicestellenteams und bei wie vielen GS werden sie durchgeführt?

- Da sich die Teammitglieder nicht „unter einem Dach“ befinden, sondern „vernetzt“ bzw. „virtuell“ zusammen arbeiten, sind Treffen und Besprechungen wichtig. In der Regel entstehen nur bei persönlichen Kontakten funktionsfähige Netzwerke.
- Bei über der Hälfte der Teams (insgesamt 56 Prozent) fand im Jahr 2003 wenigstens ein Teamtreffen statt. 26 Prozent der Teams treffen sich regelmäßig und 30 Prozent der Teams unregelmäßig. Bei mehr als einem Drittel der Servicestellenteams (37 Prozent) fanden im Jahr 2003 keine Teamtreffen statt.

14. Werden Dritte an der Beratung der GS beteiligt?

- Die Zusammenarbeit der GS mit anderen Institutionen im Bereich der Rehabilitation ist entwicklungsbedürftig. Nur knapp die Hälfte der GS hatte im Jahr 2003 wenigstens einmal fallbezogen Kontakt zu Ärzten bzw. dem Integrationsamt oder Integrationsfachdienst.

45 Prozent der GS nahmen Kontakt zu Suchtberatungsstellen und 39 Prozent der GS zu Selbsthilfegruppen auf. Lediglich rund ein Drittel der GS arbeitete fallbezogen mit Behinderten- bzw. Sozialverbänden (35 Prozent) bzw. Arbeitgebern (31 Prozent) zusammen. Wohlfahrtsverbände bzw. Schwerbehindertenvertretungen beteiligten 28 Prozent bzw. 26 Prozent der GS an der Beratung. Die Zusammenarbeit mit Institutionen wie Sonderpädagogischen Beratungsstellen an Schulen, Pflegeberatungsstellen und Frühförderstellen spielt in der Praxis der überwiegenden Mehrheit der GS keine Rolle.

15. Wie werden Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen an der Beratung beteiligt?

- Jeweils rund ein Drittel der GS nahm im Jahr 2003 wenigstens einmal mit Behindertenverbänden bzw. Selbsthilfegruppen Kontakt auf, um vor dem Hintergrund eines konkreten Beratungsfalls Informationen auszutauschen oder Absprachen zu treffen. Sehr verbreitet ist in einem weiten Verständnis von Beteiligung der gegenseitige Verweis auf das Angebot des jeweils anderen. Gut zwei Drittel der GS (68 Prozent) verweisen Ratsuchende bei Bedarf an Verbände, wobei dies in der Regel als Weitergabe einer Adresse oder Nennung eines Ansprechpartners erfolgt, seltener in Form einer telefonischen Kontaktaufnahme der GS mit einem Verband oder gar einer persönlichen Begleitung des Ratsuchenden. Die Hälfte der GS (53 Prozent) gibt an, dass Behindertenverbände ihre Mitglieder oder Ratsuchende an die GS vermitteln. Gut ein Fünftel der GS (21 Prozent) nimmt für sich in Anspruch, Verbände „an der Beratung zu beteiligen“. 8 Prozent der GS beteiligen Behindertenverbände an Teamtreffen, führen mit diesen gemeinsam Qualitätszirkel durch und/oder beteiligen sie an Schulungen von Servicestellenmitarbeitern.

1.7 Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Gemeinsamen Servicestellen

16. Weisen die GS ein einheitliches Beratungsprofil auf?

- Die GS weisen kein einheitliches Beratungsprofil auf. Die Hälfte der GS (51 Prozent) versteht ihr Beratungs- und Unterstützungsangebot als ein zusätzliches Angebot, insbesondere für komplexe Anfragen, zum Beispiel bei mehrfachem Rehabilitationsbedarf, oder wenn ein Ratsuchender eine umfassende Beratung benötigt. Ein Fünftel der GS (20 Prozent) versteht sich als ein Zusatzangebot, das grundsätzlich für alle Fragen der Rehabilitation zur Verfügung steht. Ein Viertel der GS (24 Prozent) wiederum sieht in der GS das zentrale Angebot für alle Fragen der Rehabilitation.

17. Welche Beratungs- und Unterstützungsleistungen erbringen die GS?

- Auf der Grundlage der Befragungsergebnisse lassen sich vier Gruppen von Aufgaben danach unterscheiden, wie häufig sie wahrgenommen werden:

- Drei Leistungen werden von der Hälfte der GS häufig erbracht. Es handelt sich um „Informationen über Leistungsvoraussetzungen“ (53 Prozent), „Informationen über Leistungen der Rehabilitationsträger“ (49 Prozent) und „Klärung der Zuständigkeit“ (57 Prozent). Zwischen 7 Prozent und 9 Prozent der GS haben diese Aufgaben bisher nicht wahrgenommen.
- Von mehr als einem Drittel der GS werden des Weiteren „Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs“ (41 Prozent), „klare und sachdienliche Anträge“ (37 Prozent) und „Weiterleitung der Anträge“ (42 Prozent) häufig geleistet. Der Anteil der GS, der diese Leistungen bisher nicht erbracht hat, liegt zwischen 14 Prozent und 23 Prozent.
- Eine weitere Reihe von Aufgaben wird von mindestens einem Fünftel der GS häufig wahrgenommen. Es handelt sich um „Informationen über besondere Hilfen im Arbeitsleben“ (20 Prozent), „Informationen über Verwaltungsabläufe“ (25 Prozent), „Hilfe bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Teilhabe“ (28 Prozent) und „Hinwirkung auf Entscheidungen“ (19 Prozent). Zwischen 20 Prozent und 30 Prozent der GS nahmen diese Aufgaben bisher nicht wahr.
- Schließlich gibt es eine Reihe von Aufgaben, die von mindestens einem Drittel bis hin zu weit über der Hälfte der GS bisher nicht erfüllt wurden. 60 Prozent der GS leisteten bisher keine „Information des zuständigen Rehabilitationsträgers, falls voraussichtlich ein Gutachten erforderlich wird“, 63 Prozent der GS keine „Vorbereitung der Entscheidung“, 37 Prozent der GS keine „Begleitung der Betroffenen“ und 43 Prozent keine „Koordination und Vermittlung“ (43 Prozent).
- Zusammengefasst bestehen die Leistungen der GS in erster Linie aus der Klärung des Rehabilitationsbedarfs und der Klärung der Zuständigkeit, Informationen über Leistungen und Leistungsvoraussetzungen sowie Unterstützung bei der Antragstellung. Alle anderen Aufgaben spielen – was die Häufigkeit der Leistungserbringung angeht – eine untergeordnete Rolle.

18. Wie stellt sich der Entwicklungsstand der GS dar?

- Auf der Grundlage der beschriebenen Ergebnisse zu der Aufgabenwahrnehmung lassen sich die befragten GS nach ihrem Entwicklungsstand in vier Gruppen unterteilen. Bei 9 Prozent der GS war eine Zuordnung aufgrund unvollständiger Angaben nicht möglich. Man kann begründet vermuten, dass diese eher den Typen 3 und 4 zuzuordnen sind.
- Typ 1 (8 Prozent) „GS mit hohem Entwicklungsstand“
34 GS und damit 8 Prozent der GS zeichnen sich dadurch aus, dass sie die überwiegende Mehrheit der Aufgaben häufig bis sehr häufig wahrnehmen, insbesondere die Aufgaben der Information, Be-

darfs- und Zuständigkeitsklärung sowie der Hilfe bei der Antragstellung. Meist werden auch die Aufgaben der Hinwirkung auf zeitnahe Entscheidungen, der unterstützenden Begleitung und der Koordination häufig erfüllt und nur in ganz wenigen Fällen bisher nicht.

- Typ 2 (22 Prozent) „GS mit mittlerem Entwicklungsstand“
91 GS (22 Prozent) nehmen die Aufgaben der Information, Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung in der Regel häufig wahr. Leistungen der Hinwirkung, Begleitung und Koordination werden typischerweise seltener erbracht.
- Typ 3 (34 Prozent) „GS mit niedrigem Entwicklungsstand“
139 GS (34 Prozent) zeichnet überwiegend aus, dass Leistungen der Information, Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung eher selten erbracht werden. Aufgaben der Hinwirkung, Begleitung und Koordination werden eher selten, teilweise bislang gar nicht erbracht.
- Typ 4 (22 Prozent) „GS mit sehr niedrigem Entwicklungsstand“
92 GS (22 Prozent) weisen einen sehr niedrigen Entwicklungsstand auf. Von diesen gaben 14 GS (3 Prozent) an, bisher keine der genannten Aufgaben wahrgenommen zu haben. Insgesamt haben die GS dieser Gruppe Beratungs- und Unterstützungsleistungen eher selten bis gar nicht erbracht.

1.8 Inanspruchnahme der Gemeinsamen Servicestellen

19. Wie werden „Servicestellenfälle“ definiert?

- 14 Prozent der GS werten Beratungsfälle auch dann als Servicestellenfälle, wenn der Träger der GS selbst der zuständige Leistungsträger ist. 77 Prozent der GS stellen hingegen definitorisch darauf ab, dass ein Servicestellenfall nur dann vorliegt, wenn die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers gegeben ist. Knapp die Hälfte dieser GS wiederum (das sind 35 Prozent aller GS) sehen als zusätzliche Bedingung vor, dass der zuständige Rehabilitationsträger, das heißt ein Teammitglied des Servicestellenteams auch tatsächlich eingeschaltet wird.

20. Wie viele Menschen nehmen die GS in Anspruch?

- Da in der Regel ein enges Verständnis eines „Servicestellenfalls“ vorliegt, sind die Fallzahlen der GS insgesamt sehr gering. Dabei ist zu unterstreichen, dass lediglich 70 Prozent der GS Angaben zu der Inanspruchnahme ihrer GS machten und 30 Prozent der GS von der Beantwortung der Frage nach den Fallzahlen absahen. Gut ein Fünftel der insgesamt befragten GS (22 Prozent) zählte im gesamten Jahr 2003 lediglich bis zu fünf „Servicestellenfälle“. Aufgrund der großen Spannweite der Fallzahlen liegt der Mittelwert bei 98 Nutzern im Jahr. Hervorgehoben sei aber,

dass die Hälfte der GS, die ihre Fallzahlen offen legten, nicht mehr als 13 Servicestellenfälle im Jahr 2003 auswiesen. Dagegen gab knapp jede zehnte GS (9 Prozent) an, im Jahr 2003 mehr als 100 Personen beraten zu haben.

21. Gibt es GS, die keine Inanspruchnahme verzeichnen?

- 121 GS, das sind 30 Prozent der Befragten, beantworteten die Frage nach ihren Fallzahlen nicht. Es existiert eine Reihe von Hinweisen, dass die Nichtbeantwortung zumindest in Teilen damit zusammenhängt, dass die GS keine oder nur sehr wenige Beratungen im Rahmen der Servicestellentätigkeit durchführten. Unter einer „worst-case“-Annahme hat fast ein Drittel der GS keine Kunden.

22. Wer nimmt die GS in Anspruch?

- Der überwiegende Teil der Ratsuchenden ist männlich. Überwiegend nehmen Menschen in erwerbsfähigem Alter, aber verhältnismäßig wenige junge und wenige ältere Menschen die GS in Anspruch.
- Menschen mit körperlichen Behinderungen oder mit anderen Beeinträchtigungen, wie beispielsweise Lungenerkrankungen, Stoffwechselstörungen, Herzkrankheiten etc. stellen den größten Anteil der Klientel dar, gefolgt von Menschen mit psychischen Behinderungen. Dagegen nehmen Menschen mit Sinnesbehinderungen, mit Lernbehinderungen oder mit geistigen Behinderungen die Angebote von GS eher selten wahr.

23. In welchem Rahmen erfolgen die Beratungsgespräche?

- Entgegen der Empfehlung der BAR, der persönlichen Beratung Vorrang vor anderen, telefonischen oder schriftlichen Formen einzuräumen, werden 40 Prozent der Beratungen per Telefon, per Fax oder per E-Mail durchgeführt.
- Die persönlichen Beratungsgespräche werden weit überwiegend in der GS geführt, wobei hier in einem Viertel der Fälle Terminabsprachen erforderlich sind. Hausbesuche werden zwar bisweilen angeboten, stellen aber die Ausnahme dar. Zudem kann der Ratsuchende allein oder in Begleitung zum Beratungsgespräch kommen oder er kann sich vertreten lassen. Es zeigt sich, dass die Gemeinsamen Servicestellen überwiegend von den Ratsuchenden selbst eingeschaltet werden, und diese überwiegend allein zum Gespräch kommen.
- Begleitpersonen sind häufig Angehörige oder Freunde. Menschen mit einer Sinnesbehinderung oder mit einer Lernbehinderung kommen relativ häufig in Begleitung. Personen, die sich vertreten ließen, hatten überwiegend eine Hörsprachbehinderung oder eine geistige Behinderung.

24. Wie groß ist das Zeitbudget der GS?

- Korrespondierend mit den insgesamt geringen Fallzahlen fällt auch das Zeitbudget der GS gering aus. Das durchschnittliche Zeitbudget der GS beträgt elf Stunden im Monat. Die relativ meisten GS (16 Prozent) gaben ihr Zeitbudget für die Servicestellentätigkeit mit ein bis zwei Stunden im Monat an. Insgesamt knapp die Hälfte der GS (45 Prozent) berichtete über ein Zeitbudget von weniger als fünf Stunden im Monat. Lediglich 4 Prozent der GS wenden 40 Stunden und mehr im Monat für die Servicestellenarbeit auf.

25. Wie stellen sich das regionale Beratungsangebot und der Bedarf dar?

- Für die insgesamt geringen Fallzahlen und das damit verbundene niedrige Zeitbudget der GS existieren zwei Erklärungen. Erstens gibt ein Viertel der GS (25 Prozent) die Einschätzung ab, dass das Angebot der GS in ihrer Region nicht gut bekannt ist. Zweitens nimmt die Hälfte der GS (51 Prozent) in ihrer Region einen geringen Beratungsbedarf wahr. Nach Einschätzung der überwiegenden Mehrheit der GS (86 Prozent) besteht zudem in der Region ein gutes Beratungsangebot der Rehabilitationsträger. Mit anderen Beratungsstellen der Rehabilitationsträger nehmen Ratsuchende nach Meinung von zwei Dritteln der GS (65 Prozent) eher Kontakt auf als mit der GS. Der Grund dafür ist nach Ansicht von knapp drei Vierteln der GS (72 Prozent), dass die Ratsuchenden in der Regel wissen, welcher Träger für ihr Anliegen zuständig ist und sie diesen direkt aufsuchen.

1.9 Öffentlichkeitsarbeit der Gemeinsamen Servicestellen**26. Sind die GS in der Öffentlichkeit bekannt?**

- Der Bekanntheitsgrad der GS in der Öffentlichkeit ist gegenwärtig eher noch gering. Behinderten- und Sozialverbände weisen darauf hin, dass viele Menschen mit Behinderungen noch nicht vom SGB IX und den GS gehört haben und große Informationsdefizite bestehen. Daneben schätzt ein Viertel der GS es selbst so ein, dass ihr Angebot in der Region nicht gut bekannt ist.

27. Wie stellen sich die GS nach außen dar?

- Es ist davon auszugehen, dass an vielen, aber nicht allen Standorten von GS Hinweisschilder mit dem von der BAR empfohlenen Signum Ratsuchende auf die GS aufmerksam machen bzw. ihnen den Weg zu den für die GS zuständigen Mitarbeitern weisen. Bei einer Kurzbefragung von 17 GS im Sommer 2004 teilten fünf GS mit, dass das Signum nicht verwendet werde. Daneben stellten wir im Rahmen der schriftlichen Befragungen der GS fest, dass sowohl das Signum als auch der Begriff „Gemeinsame Servicestelle“ relativ selten (rund 15 Prozent der Fälle) auf Briefpapier oder Stempeln auftauchte. Die einheitliche Außendarstellung der GS erscheint damit entwicklungsbedürftig.

28. Welche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit führen die GS durch?

- Gut drei Viertel (77 Prozent) der im Frühjahr 2003 befragten GS haben Anstrengungen unternommen, ihre GS über die Presse bekannt zu machen, insbesondere in Form von Presseerklärungen in der Eröffnungsphase. Die Empfehlung der BAR, einen Flyer zu erstellen und für die Öffentlichkeit zu verwenden, wurde im Frühjahr 2003 erst von der Hälfte der GS (51 Prozent) umgesetzt. Allerdings berichteten 16 Prozent der GS, dass sich ein Flyer in Planung befinde. Die Kurzbefragung bei 17 GS im Sommer 2004 zeigte, dass in 13 GS ein Flyer vorhanden ist, in vier GS hingegen nicht. Knapp die Hälfte der GS (49 Prozent) warb in persönlichen Gesprächen mit Dritten für die eigene GS. 38 Prozent bzw. 43 Prozent der GS waren auf Behindertenverbände bzw. Selbsthilfegruppen zugegangen, um ihre Arbeit bekannt zu machen. Eine solche Multiplikatorenarbeit mit Verbänden und Selbsthilfegruppen befand sich bei einem Fünftel bis einem Viertel der GS zum Zeitpunkt der Befragung in Planung. Eine weitere Maßnahme stellt die Teilnahme von GS an Veranstaltungen Dritter dar. Ein Drittel der GS (34 Prozent) nahm an solchen Veranstaltungen teil, z. B. an einem Selbsthilfetag, und informierte dabei über die Servicestellenarbeit. Eigene Veranstaltungen, zum Beispiel als Tag der offenen Tür, wurden nur von jeder sechsten GS (16 Prozent) durchgeführt.

29. Ist die Öffentlichkeitsarbeit im Zeitverlauf intensiviert worden?

- Es gibt Hinweise darauf, dass die Öffentlichkeitsarbeit der GS im Zeitverlauf verstärkt wurde. Zum einen ist das Informationsangebot im Internet ausgeweitet worden, zum anderen ist davon auszugehen, dass die geplanten Maßnahmen, von denen die GS berichteten, umgesetzt wurden. Dies betrifft insbesondere die Multiplikatorenarbeit mit Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen. Daneben dürfte sich der Anteil der GS, die einen Flyer erstellt haben und für die Öffentlichkeit verwenden, von der Hälfte der GS im Frühjahr 2003 auf schätzungsweise drei Viertel im Sommer 2004 erhöht haben. Eine weitere Maßnahme der Öffentlichkeitsarbeit, die offenbar mittlerweile intensiver genutzt wird, ist die Teilnahme von GS an Veranstaltungen Dritter. Es ist aber anzunehmen, dass nach wie vor 20 bis 25 Prozent der GS keine oder nur eine rudimentäre Öffentlichkeitsarbeit durchführen.

30. Ist die insgesamt geringe Inanspruchnahme der GS auf zu wenig Öffentlichkeitsarbeit zurückzuführen?

- Verschiedene GS äußerten sich in Gesprächen deutlich dahin gehend, dass sie einen direkten Zusammenhang zwischen Intensität der Öffentlichkeitsarbeit und Höhe der Fallzahlen sehen. Sie haben die Erfahrung gemacht bzw. sind überzeugt, dass intensive Öffent-

lichkeitsarbeit den Bekanntheitsgrad der GS und dadurch ihre Inanspruchnahme deutlich erhöht. Es gibt aber auch GS, die darauf hinweisen, dass ihr Angebot zwar bekannt ist, sie aber trotzdem nicht in Anspruch genommen werden. Viele GS argumentieren, dass die Inanspruchnahme unabhängig von Öffentlichkeitsarbeit deshalb gering ist, weil der Beratungsbedarf behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen von den trägerspezifischen Beratungsstellen und den Beratungsstellen von Behinderten- und Sozialverbänden in der Region hinreichend gedeckt wird. Diese gegensätzlichen Meinungen und Erfahrungen erklären sich zunächst durch regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme. GS in ländlich strukturierten Räumen werden stärker nachgefragt als GS in städtischen Gebieten. Dies hängt wiederum damit zusammen, dass das Beratungsangebot im ländlichen Raum geringer und in Städten größer ist. Im Zusammenhang damit verstehen sich GS in Städten häufig als Spezialangebot nur für komplexe Rehabilitationsfälle, was zu geringeren Fallzahlen führt, und GS in Landkreisen als Angebot für alle Fragen im Bereich der Rehabilitation, was zu höheren Fallzahlen führt. Deutlich wird, dass die Inanspruchnahme der GS entscheidend von ihrem Profil und in Verbindung damit von ihrer Positionierung im bestehenden Beratungssystem abhängt. Zusammengefasst ergibt sich damit, dass Öffentlichkeitsarbeit eine notwendige Bedingung für eine hohe Inanspruchnahme der GS darstellt, aber keine hinreichende Bedingung.

1.10 Effekte der Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen

31. Hat sich die Beratungsqualität verbessert?

- Über die Hälfte der GS (54 Prozent) stellt fest, dass der Zugang zur Beratung für Ratsuchende einfacher geworden ist. Ein knappes Fünftel (19 Prozent) hält einen solchen Effekt für nicht zutreffend. Weiter stellt jeweils annähernd die Hälfte der GS fest, dass sich komplexer Beratungsbedarf nunmehr sachgerechter klären lässt (47 Prozent) und dass sich die Qualität der Beratung verbessert hat (46 Prozent). Jeweils rund ein Fünftel der GS äußert die Einschätzung, dass sich diese Effekte nicht eingestellt haben.

32. Haben sich die Rehabilitationsverfahren beschleunigt?

- Zwei Drittel der GS (66 Prozent) nehmen eine deutlich verkürzte Zeit der Zuständigkeitsklärung wahr, während 14 Prozent einen solchen Effekt nicht feststellen. Jeweils eine relative Mehrheit von 43 Prozent bzw. von 39 Prozent stellt außerdem fest, dass sich die Wartezeit auf Beratung bzw. die Bearbeitungs- und Untersuchungszeit deutlich verkürzt habe. Der Anteil der GS, der solche Feststellungen als unzutreffend qualifiziert, liegt bei gut einem Drittel (35 Prozent) bzw. über einem Viertel (27 Prozent).

33. Konnten unerwünschte Wirkungen von Rehabilitationsverfahren vermieden werden?

- Eine knappe relative Mehrheit der GS (43 Prozent) nimmt positive Effekte der Servicestellenarbeit dahingehend wahr, dass Fehlentscheidungen vermieden werden können. 39 Prozent der GS können einen solchen Effekt nicht feststellen. Ein knappes Drittel der GS (32 Prozent) stellt fest, dass Beschwerden vermieden werden. 28 Prozent der GS berichten über die Vermeidung von Erstattungsansprüchen. In beiden Fällen überwiegt allerdings klar die Feststellung, dass dieser Effekt nicht zutrefte (43 Prozent bzw. 45 Prozent). Was die Vermeidung von Widersprüchen oder Klagen sowie die Vermeidung eines unverhältnismäßigen Aufwandes bei der Leistungserbringung angeht, überwiegt bei der Hälfte der GS eine negative Einschätzung. Der Anteil der Zustimmung liegt hier bei einem Fünftel (22 Prozent bzw. 20 Prozent).

34. Welchen Beitrag leisten die GS zur Umsetzung von Zielen des SGB IX?

- Knapp zwei Drittel der GS (63 Prozent) sehen das Ziel des SGB IX, dass Streitigkeiten zwischen Rehabilitationsträgern über die Frage nach der Zuständigkeit nicht mehr zulasten der Betroffenen gehen sollen, mit der Einrichtung von GS verwirklicht. Ebenso stellt jeweils über die Hälfte der GS (55 Prozent) fest, dass sich mit der Einrichtung der GS sowohl die Koordination der Leistungen als auch die Kooperation der Leistungsträger verbessert hat.
- Vor dem Hintergrund des gegliederten Systems der Rehabilitation sollte angenommen werden, dass der Beitrag der trägerübergreifenden Gemeinsamen Servicestellen zur Umsetzung des Ziels, dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürger wie „aus einer Hand“ erscheinen, groß ist. Allerdings sieht nur ein Fünftel der GS (21 Prozent) diese Zielbestimmung mit der Einrichtung von GS umgesetzt, während fast die Hälfte (46 Prozent) keinen Beitrag der GS für eine Zielerreichung erkennen kann.

35. Wie bewerten die GS selbst Konzept und Umsetzungsstand der Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen?

- Gut zwei Drittel der GS (68 Prozent) bewerten die Idee, Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation einzurichten, grundsätzlich als gut. Mehr als jede zehnte GS (13 Prozent) steht allerdings nicht hinter der Idee, was in der Praxis zu einem eingeschränkten Engagement führen könnte. Weiter ist fast jede fünfte GS (19 Prozent) geteilter Meinung, was die Idee der GS angeht. Im Vergleich mit der überwiegend guten Bewertung des Konzepts, beurteilen die GS die Umsetzung schlechter. Nur ein Viertel der GS (27 Prozent) kann sich der Meinung anschließen, dass die Umsetzung der Einrichtung von GS gelungen ist. Ein Drittel der GS (35 Prozent) ist dagegen der Auffassung, diese

Umsetzung sei nicht gelungen. 38 Prozent der GS sehen die Umsetzung in Teilen gelungen, in anderen Teilen nicht.

36. Existieren Länder- und Trägerunterschiede hinsichtlich des Umsetzungsstandes der GS?

- Die Umsetzung des Konzeptes der GS ist regional unterschiedlich weit fortgeschritten. Zwar ist der Umsetzungsstand bundesweit nicht zufriedenstellend, und es gibt in allen Bundesländern und bei allen Rehabilitationsträgern GS mit einem fortgeschrittenen und GS mit einem niedrigen Entwicklungsstand. Trotzdem stellt sich die Situation in einigen Ländern insgesamt vergleichsweise besser dar, in anderen Ländern schlechter. In Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt existieren unterschiedliche Erfolgsmodelle der Umsetzung. Hingegen weisen relativ viele GS in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen einen niedrigen Entwicklungsstand auf. Weiter finden sich funktionsfähige GS vergleichsweise häufiger bei Rentenversicherungsträgern als bei Krankenkassen.

37. Existieren Erfolgsfaktoren der Umsetzung?

- Ein Erfolgsfaktor besteht in regelmäßigen Treffen der Servicestellenteams, in deren Rahmen die gemeinsame Servicestellenarbeit reflektiert und weiter entwickelt wird sowie trägerübergreifende Schulungen durchgeführt werden. Die Teamtreffen erscheinen

dann besonders erfolgreich, wenn neben allen beteiligten Rehabilitationsträgern auch Dritte beteiligt sind.

- Notwendig sind trägerübergreifende Schulungen der Mitarbeiter zur Vorbereitung auf ihre Servicestellentätigkeit. Sie sollten inhaltlich weniger auf umfassende theoretische Kenntnisse abstellen, da das komplexe Rehabilitationsrecht nicht von Einzelnen komplett beherrscht werden kann, sondern auf praktische Übungen und das Arbeiten im Team und in Netzwerken, da sich erst durch die Beteiligung vieler Parteien eine umfassende Beratung ergibt.
- Von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Umsetzung ist die Zusammenarbeit mit Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen. Zum einen verfügen sie über Spezialwissen aus eigenen Beratungsaktivitäten, zum anderen können sie Betroffenen den Zugang zur Beratung durch GS erleichtern, indem sie diese an die GS vermitteln.
- Wichtig ist eine hohe Motivation der beteiligten Rehabilitationsträger. Wenn sie bzw. einzelne Träger nicht hinter der Idee der GS stehen und sie entsprechend fördern, dann befinden sich die einzelnen Servicestellenmitarbeiter „auf verlorenem Posten“. Die Mitarbeiter benötigen gesicherte Zeitkapazität für die Servicestellenarbeit, die sie dafür nutzen können, die GS nach außen zu tragen und bekannt zu machen sowie Kontakte zu knüpfen und ein Servicestellenteam aufzubauen bzw. weiter zu entwickeln.

**Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Sozialgesetzbuchs IX
– Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –**

**Berufliche Teilhabe von Frauen mit
(unterschiedlichen) Behinderungen unter
der besonderen Berücksichtigung von
Frauen mit Betreuungspflichten**

Bericht der Sozialforschungsstelle Dortmund

Verfasser: Elke Schön
Gudrun Richter-Witzgall
Birgit Klein

Dortmund, im Juli 2004

III. **Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX „Berufliche Teilhabe von Frauen mit (unterschiedlichen) Behinderungen unter der besonderen Berücksichtigung von Frauen mit Betreuungspflichten“ (Schlussfolgerungen)**

1. **Vorbemerkung: Zur Überlagerung der Umsetzung des SGB IX durch die Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz I bis IV)**

Das SGB IX stellt eine Lösungsplattform dar, um die berufliche Teilhabe von Frauen mit Behinderung besser als bisher zu realisieren. Der gesetzliche Anspruch des SGB IX und die Realität der Umsetzung klaffen jedoch noch weit auseinander. Bei den befragten Frauen und bei den Fachkräften/Professionellen aus der Rehabilitation sowie den Selbsthilfeinitiativen und -verbänden werden durchaus gute Absichten unterstellt, aber in der Praxis ist, zumindest im Moment, noch nicht viel vom Geist des SGB IX angekommen. Der kurze zeitliche Rahmen vom Inkrafttreten des SGB IX bis zur Überprüfung seiner Wirkungen in der Praxis (durch die Evaluationsprojekte) wird kritisch gesehen. Es braucht Zeit, um die Instrumente gemeinsam zu erproben und weiter zu entwickeln. Dem Prozess der notwendigen Auseinandersetzung steht die strikte Erfolgsorientierung eher entgegen.

Vor allem durch die zugleich stattfindende Neuregelung der Arbeitsmarktpolitik (Hartz I bis IV) zeigt das Gesetz in Bezug auf die berufliche Teilhabe in der Praxis bisher eher geringe Wirkung. Die Gender-Perspektive wurde in den Gesetzen zur Modernisierung der Arbeitsmarktpolitik nicht konsequent berücksichtigt, sodass die fortschrittlichen Regelungen im SGB IX hier an deutliche Grenzen stoßen. Hinzu kommt die im Zuge der gesetzlichen Neuregelungen zur Modernisierung des Arbeitsmarktes umgesetzte Sparpolitik der Bundesagentur für Arbeit. Vor allem die Kombination aus neuen gesetzlichen Grundlagen, neuen Verfahrensregelungen, erheblichen Leistungskürzungen und der neuen Geschäftspolitik der Bundesagentur bewirkt eine Exklusion von Frauen (und Männern) mit besonderen Vermittlungshemmnissen. Frauen mit und ohne Behinderung sind dabei in besonderer Weise betroffen, z. B. durch die neuen Anrechnungsmodalitäten bei Partnereinkommen und Vermögen und die Vergabepolitik bei der Bewilligung von Bildungsgutscheinen (Verbleibsquote von 70 Prozent, prioritäre Vergabe an Leistungsbezieher/innen). Auch die Dauer der Maßnahmen soll auf Verkürzungen hin geprüft werden. Dies führt unmittelbar zum Abbau der Angebote für benachteiligte und schwer vermittelbare Personengruppen. Spezifische Angebote für Frauen werden mit Wegfallen der Zielgruppenorientierung nicht mehr finanziert. Alle Einrichtungen vermischen inzwischen Ansprechpartner/innen bei der Bundesagentur für Arbeit/den örtlichen Arbeitsagenturen. Unklar ist, ob und welche Zielvereinbarungen abgeschlossen wurden, um den besonderen Belangen von Frauen mit Behinderung Rechnung zu tragen. (Ausführlichere Einschätzungen zu diesem Themenkomplex finden sich in Teil II, B Ergebnisse aus NRW, Punkt 3.1)

Große Sorge bereitet den befragten Akteur/innen in der Praxis das am 1. Januar 2005 in Kraft tretende Gesetz zur Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe. Grundlegende Fragen der Zusammenlegung, wie auch der damit in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Eröffnung von Job-Centern seien noch völlig offen – in Bezug auf die Ablaufplanung der Leistungsprozesse und in Bezug auf die Ausgestaltung der Leistungen. Ein behinderten- und frauenpolitischer Prüfstein ersten Ranges wird mit der Frage verbunden sein, welche Personengruppen in den Job-Centern als erwerbsfähig eingestuft werden und damit Ansprüche auf ein Arbeitslosengeld II überhaupt erst geltend machen können.

Empfehlungen:

- Bei der Evaluierung der Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt ist darauf hinzuwirken, dass die Gruppe der Frauen mit Behinderung sowohl in der Erhebung der Daten (differenziert nach Arten der Behinderung) als auch bei der Gestaltung von Empfehlungen Berücksichtigung findet. Regelungen, die die Teilhabe von Frauen an Qualifizierung und Beschäftigung verschlechtern und Frauen mit Behinderung diskriminieren, sind zu revidieren.
- Job-Center sollen eine Dienstleistung aus einer Hand für alle Ratsuchenden auf dem Weg in Arbeit und Beschäftigung bieten. Geklärt werden müssen neben der Definition der Erwerbsfähigkeit vor allem auch die Ablauf- und Leistungsprozesse an der Schnittstelle zu den Integrationsfachdiensten und den Rehabilitationsträgern.

2. **Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu institutionenbezogenen Handlungsfeldern**

2.1 **Zur Bedarfssituation von Frauen mit Behinderung der jungen Generation: Schule – institutionelle Beratung – Ausbildung/Qualifizierung – Begleitung an Übergängen**

Einschätzung/Schlussfolgerung:

Die Lebensentwürfe junger Frauen mit Behinderung weisen – trotz vieler Unterschiede – folgende Gemeinsamkeiten auf: ein großes Interesse an einem verselbstständigten Leben und eine hohe Berufsorientierung. In ländlichen Regionen stellt auch die regionale Bezogenheit und Bindung eine Gemeinsamkeit dieser jungen Frauen dar (vgl. dazu Ergebnisse biografischer Interviews in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.2). Von einer Berufstätigkeit erhoffen sich alle ein Leben in Eigenständigkeit und Unabhängigkeit. Mit „Berufstätigkeit“ wird ökonomische Sicherheit und Verselbstständigung verbunden. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Beeinträchtigung führt dazu, sich für die Entwicklung von Orientierungen und den Ausbau einer eigenen Identität als Frau mit Behinderung Raum und Zeit zu nehmen.

Den Prozess der Berufsfindung erleben junge Frauen mit Behinderung weitgehend als „Fremdbestimmung“. In der beruflichen Entscheidungsfindung fühlen sie sich kanali-

siert. Berufsberatung wird sehr negativ als Entmutigungsprozess erfahren. In institutionellen Beratungssituationen werden ihnen keine Wahlmöglichkeiten offeriert, insbesondere in ländlichen Regionen erhalten sie keine wohnortnahen Angebote zur Berufsfindung und Ausbildung (vgl. ebenfalls Ergebnisse biografischer Interviews in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.2). Junge Frauen mit Körperbehinderung fühlen sich in den Beruf der Bürokauffrau gedrängt. Junge Frauen mit Lernbeeinträchtigung fühlen sich in den Beruf der hauswirtschaftlich-technischen Assistentin gedrängt. So erfahren junge Frauen – ihren Lebensentwürfen zum Trotz – hinterrücks bereits in der Phase der Berufsfindung eine besondere biografische Schwelle. An der 2. Schwelle, nach absolvierter Ausbildung, wird Arbeitslosigkeit als biografische Unsicherheit erfahren. Auch hier zeigt sich bei der Mehrheit Unzufriedenheit mit erfahrener institutioneller Beratung. Erst wenn die jungen Frauen eine Berufstätigkeit aufnehmen, entwickeln sie eine Identitätsbalance, die allerdings ins Wanken gerät, wenn die Arbeitsinhalte zur Unzufriedenheit führen, insbesondere, wenn sie unterfordernd sind. Das scheint in Büroberufen häufig der Fall zu sein (vgl. die Ergebnisse biografischer Interviews in Teil II, A Baden-Württemberg, B NRW, jeweils die Punkte 1.2).

Empfehlungen:

In der Lebensphase der Berufsfindung benötigen Mädchen und junge Frauen mit Behinderung – ebenso wie nicht behinderte Mädchen und junge Frauen – Orientierungsangebote, die an ihren Interessen ansetzen, geschlechtshierarchische Strukturen aufbrechen, erweiterte Berufsoptionen aufzeigen und lebensweltliche Bezüge berücksichtigen. Eine berufliche Orientierung der jungen Frauen mit der Zielsetzung, ihre Wünsche zu berücksichtigen und ihnen ein erweitertes Berufsspektrum anzubieten und zu ermöglichen, setzt vielfältige Initiativen voraus. Ansatzpunkte sind:

- In Förder- und Sonderschulen und in Integrationsschulen berufs- und lebenswegorientierte Angebote speziell für Mädchen mit unterschiedlichen Behinderungen zu installieren (in Baden-Württemberg entstanden in jüngster Zeit an sieben Förder- und Sonderschulen solche Initiativen).
- Neue berufsorientierende Praxisansätze zu konzipieren:
 - Aufgreifen des Peer Involvement: zum Beispiel junge Frauen mit Behinderung, die bereits in Ausbildung oder Beschäftigung sind, als Mentorinnen über ihre Entscheidungsprozesse berichten lassen (vgl. die Fallstudien A und B in Teil II, A Baden-Württemberg, 4.2);
 - Berufswahlorientierung für die Zielgruppe junger Frauen mit Lernbeeinträchtigung mit dem Ziel, deren Medienkompetenz zu verbessern; Einsatz von Methoden der Handlungsorientierung, Empowerment und dem „peer-to-peer“-Ansatz (vgl. die Fallstudie B in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 4.2);
- Berufsfelderproben in unkonventionellen Arbeitsbereichen über begleitete Praktika während der Schulzeit;
- betriebliche Mentorinnen (mit Behinderung) können junge Frauen mit Behinderung in Praktika und Berufserprobungen begleiten (vgl. Fallstudie A, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 4.2);
- junge Frauen mit Behinderung beim jährlich stattfindenden Girls Day mit entsprechenden Konzepten einbeziehen, dafür ein Kontaktnetz mit Betrieben und Einrichtungen herstellen (vgl. Ausführungen zur Initiative des BBW Waiblingen – Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 3.3.2 – und zur Initiative der Landesstelle für Mädchenarbeit Sachsen-Anhalt – Teil II, C, Punkt 2.3);
- netzgestützte Informations- und Beratungsangebote entwickeln, die auf die besonderen Lebenslagen und Suchprozesse der jungen Frauen mit Behinderung ausgerichtet sind (barrierefrei, in einfacher Sprache, mit Symbolen);
- Mädchenwerkstätten mit innovativen Angeboten ausbauen, da deren Angebote anders als der bestehende Werk- und Technikunterricht der Schulen erfahren werden (vgl. Mädchenwerkstatt Stuttgart, Anhang „Modelle“);
- neue Informations- und Kommunikationstechnologien stärker in die Berufsorientierung aufnehmen – zum Beispiel: Internetcafés, Bildbearbeitung, Computer- und Internetkurse für Mädchen und junge Frauen mit Behinderung (vgl. Fallstudie A, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 4.2).
- Innovative Mädchenberufshilfe bei den Integrationsfachdiensten zu installieren/als Merkmal der Qualitätsentwicklung und -sicherung durch die Integrationsämter.
- In ländlichen Regionen Kooperationsnetzwerke zu schaffen, Industrie und Handwerk in bestehende Kooperationen einzubeziehen (vgl. Fallstudie A, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 4.2).
- Selbstbehauptungstrainings für Mädchen und junge Frauen in Schulen und Vereinen, die nach anerkannten frauengerechten Qualitätsstandards mit entsprechend ausgebildeten Trainerinnen arbeiten, auszubauen.
- Mobilitätstrainings speziell für Mädchen und junge Frauen mit Gehbehinderung, Sehbehinderung, die in ländlichen Regionen leben; ebenso für Mädchen und junge Frauen mit so genannter geistiger Behinderung (Umgang mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Lesen von Fahrplänen).

Das Angebot an Ausbildungsberufen für junge Frauen mit Behinderung ist zu erweitern, um hier strukturelle Benachteiligungen aufzubrechen. „Geeignete“ Ausbildungsangebote im Sinne des SGB IX sind in für junge Frauen attraktiven und zugleich zukunftsträchtigen Berufen zu entwickeln. Diese sollen ihren Neigungen entsprechen, aber zugleich tatsächliche und nachhaltige Chancen auf

Beschäftigung und eigenständige Existenzsicherung bieten. Weitere Ansatzpunkte für den Bereich der Optimierung von Ausbildungsmöglichkeiten sind:

- wohnortnahe Ausbildungsmöglichkeiten zu schaffen;
- frauengerechte Rahmenbedingungen in Ausbildungsstätten herzustellen (Wohn- und Sanitärbereiche, die jungen Frauen vorbehalten sind; Möglichkeit der Pflege durch das eigene Geschlecht; Prävention und Schutz vor sexualisierter Gewalt);
- für schwangere junge Frauen und junge Mütter (mit Lernbeeinträchtigung) Teilzeitausbildungen und/oder diese Lebensphase begleitende Projekte (vgl. „Projekt Schwangerschaft und Babyjahre“, Förderband Mannheim, Anhang „Modelle“) zu schaffen.

Zur Vermeidung der in der Untersuchung aufgezeigten Probleme junger Frauen mit Behinderung insbesondere an der 2. Schwelle – dem Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt – sind ineinandergreifende begleitende frauengerechte Maßnahmen (vgl. die exemplarische biografische Einzelstudie aus Baden-Württemberg, Teil II, A, Punkt 1.3) und Brückenangebote (vgl. Modellprojekt „Neue Perspektiven ...“ im Anhang „Modelle“) notwendig. Diese können über frauenspezifische Angebote im Rahmen von Integrationsfachdiensten oder über andere Träger geleistet werden. Wichtig ist, junge Frauen mit Behinderung in dieser schwierigen Lebensphase in ihren „biografischen Fähigkeiten“ (Diezinger) und in ihrem Wunsch der Verselbstständigung zu stützen, und auch dafür entsprechende Angebote bereitzustellen.

2.2 Zur Bedarfssituation von Frauen mit Behinderung der mittleren Generation Erwerbsarbeit – Bewältigung des Alltags/ Vereinbarkeit von Beruf und Familie – institutionelle Beratung – Qualifizierung/ Arbeitsassistenz

Einschätzung/Schlussfolgerung:

Die befragten Frauen der mittleren Generation, die 30- bis 49-Jährigen, zeigen in individuellen Lerngeschichten, dass nach der Erstausbildung der Beruf, zumeist ein Büroberuf, sich selten als Traumberuf entpuppt. Manche der Frauen verfügt über keine (abgeschlossene) Berufsausbildung, manche Frau gerät in Arbeitslosigkeit oder muss ihre Erwerbsarbeit aus gesundheitlichen Gründen (Operationen mit anschließender medizinischer Rehabilitation) unterbrechen. Nach der Ausbildung in einem Büroberuf nutzen Frauen mit Behinderung Möglichkeiten beruflicher Fort- und Weiterbildung oder machen eine Zweitausbildung, um sich berufliche Optionen zu verschaffen. Möglichkeiten des Telelernens stellen oft für Frauen mit Betreuungspflichten die einzige Möglichkeit zur Fortbildung dar. Frauen mit ländlichen Biografien arbeiten oft in benachteiligten Berufsstrukturen – Qualifikationsverlust bei Unterbrechungen, erforderliche Flexibilität durch Ortswechsel, flexible Arbeitszeiten, die nicht am eigenen Bedarf ausgerichtet sind. Bei einigen Interviewten entsprechen Prozesse der Erwerbstätigkeit den typisch weiblichen Patchwork-Biografien mit hohen Managementleis-

tungen in der Vereinbarung von Beruf und häuslichen Anforderungen, die oftmals mit spezifischen Belastungen und Gesundheitsbeschwerden einhergehen. Unterschiede zeigen sich vor allem aufgrund ungleicher Lebenslagen und Lebensformen. Verheiratete Frauen, deren Partner über ein gutes Einkommen verfügen, können sich Teilzeitarbeit eher „leisten“, wohingegen dies für alleinerziehende Frauen die Ausnahme darstellt. Nicht alle Interviewten verfügen über ausreichende finanzielle und soziale Ressourcen. Der Status „alleinerziehend“ – von einigen eine bewusst gesuchte Lebensform scheint mit besonderen Lebensrisiken und sozialen Ungleichheiten verbunden zu sein. Mütter mit Behinderung und mit Betreuungspflichtigen Kindern unterbrechen ihre Erwerbstätigkeit häufig bis die Kinder (zumindest) einen Kindergartenplatz bekommen haben.

Der berufliche Wiedereinstieg stellt für Frauen, die über keinen „sicheren“ Arbeitsplatz verfügen, eine große Herausforderung dar. Für manche Frau gelingt der Wiedereinstieg mit einer professionellen Unterstützung durch den Integrationsfachdienst. Einzelne Frauen berichten über den „Glücksfall“ mithilfe einer frauenspezifisch ausgerichteten begleitenden oder Brückenmaßnahme den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt gefunden zu haben. Geschilderte negative Erfahrungen mit institutionalisierter Beratung und Begleitung konzentrieren sich auf erfahrene schwierige Interaktionsprozesse: Frauengerechte Brückenangebote und intentionale Bildungsangebote werden vor allem von Frauen mit psychischer Erkrankung, Frauen mit Suchterkrankung und Frauen mit so genannter geistiger Behinderung gewünscht. Manche der Interviewpartnerinnen aus ländlichen Regionen haben keine institutionelle berufliche Beratung, Begleitung und Unterstützung erfahren, diese aus Unkenntnis auch nicht gesucht.

Empfehlungen zur frauengerechteren Gestaltung der Erwerbsarbeit für Frauen mit Behinderung:

- Frauen, die während ihrer Erwerbstätigkeit (schwer) behindert werden, sollten frühzeitig über die Möglichkeiten der Umgestaltung des Arbeitsplatzes und/oder einer Arbeitsassistenz informiert werden, um Qualifikationsverluste zu vermeiden (vgl. die subjektive Einschätzung von Frau H. L. zur Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz in Teil II, B Nordrhein-Westfalen, Punkt 1.2.5).
- Um spezifische Belastungs- und Überforderungssituationen zu vermeiden, sollten für Frauen mit Behinderung flexible Arbeitszeitregelungen nach ihren Bedarfslagen vereinbart werden.

Empfehlungen zu Hilfestellungen bei der Bewältigung des Alltags und zur (besseren) Vereinbarkeit von Beruf und Haus-/Sorgearbeit:

- Übernahme der Finanzierung von Hilfen im Haushalt, die von persönlichen Netzwerken aus dem eigenen Lebensumfeld erbracht werden können durch den Leistungsträger; regelmäßige Unterstützung bei der Kin-

derbetreuung im Alltag über Kindergartenzeiten hinaus durch Schaffung ganztägiger, flexibel angebotener Kinderbetreuung in öffentlichen Einrichtungen – auch in ländlichen Regionen – oder individuell organisierter Betreuung.

- Bedarfslagen differieren – diesen Unterschieden müssen Leistungen und Hilfestellungen gerecht werden.

Empfehlungen im Hinblick auf institutionelle Beratung, Begleitung und Unterstützung beim Zugang zu Qualifizierung und Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit:

- Schwerbehindertenvertreterinnen und Ehrenamtliche, die Frauen mit Behinderung informell beraten und zu Fachdiensten begleiten, sollten in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit unterstützt werden.
- Frauengerechte Brückenangebote und intentionale Bildungsangebote sollten für Frauen zum Regelangebot werden.
- Selbsthilfestrukturen, die Frauen mit Behinderung begleiten, sie bei der Durchsetzung ihrer Interessen unterstützen, sollten aufgebaut bzw. gestärkt werden.
- Im Mittelpunkt von begleitender Frauenbildungsarbeit sollte für Frauen dieser Generation die Förderung von Selbstbestimmung und Selbstfindung stehen, z. B. durch intentionale Frauenseminare, durch Zukunftswerkstätten etc.
- Es sollten verstärkt Computerkurse und Internetseminare für Frauen mit Behinderung dieser Generation, insbesondere auch für Wiedereinsteigerinnen, angeboten werden.

2.3 Zur Bedarfssituation von Frauen mit Behinderung der älteren Generation: Erwerbsarbeit – neue Herausforderungen – Qualifizierung – Arbeitsplatzgestaltung – Erwerbsminderungsrente – Ausgrenzung aus Erwerbsarbeit – Sicherung im Alter

Einschätzung/Schlussfolgerung:

Bei Frauen mit Behinderung der älteren Generation – d. h. der über 50-jährigen Frauen – haben sich über erfahrene „Bruchstellen“ – etwa Trennung und Scheidung, Auftreten schwerer chronischer Erkrankungen, Entwertung beruflichen Wissens durch betriebliche Umstrukturierungsprozesse, Erkrankung des Partners – im Lebensverlauf die Lebenslagen häufig verändert. Diese Frauen organisierten in der Vergangenheit ihre Erwerbsarbeit entlang der Entwicklung ihrer Kinder. Sie durchliefen im Erwerbsleben zum Teil mehrere Arbeitsplatzstationen oder wechselten auch die Branche. In der alltäglichen Lebensführung ging es darum, in eigener Regie Erwerbsarbeit und Haus-/Sorgearbeit, aber auch darüber hinausgehendes öffentlich-politisches Engagement vereinbar zu machen. Berufs- und Arbeitszeitstrukturen und fehlende flexible Kinderbetreuungsmöglichkeiten standen der Ver-

einbarkeit der beiden Bereiche mehr noch als heute entgegen.

Heute sehen sich diese Frauen – nach Erfahrungen eines verschleißenden Erwerbsarbeitslebens und neuer beruflicher Schließungsprozesse – vor neue Herausforderungen gestellt. Sie verfügen über ein kollektives Wissen, dass sie von Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation und von Zugängen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind. Andererseits zeigt sich in der Praxis in zwei Fällen, dass sehr wohl an den Kompetenzen dieser Frauen angeknüpft werden kann: Im einen Fall wurde eine frauengerecht gestaltete Beratung eines Integrationsfachdienstes von der Betroffenen sehr positiv und unterstützend bei der Suche nach einer neuen Orientierung erlebt, weil dem eigenen weiblichen Lebenszusammenhang ein zentraler Stellenwert in der Beratung eingeräumt wurde (vgl. die Ausführungen zur subjektiven Einschätzung von Frau F. C. in „Ergebnisse aus den biografischen Interviews“, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkte 1.2.4 und 1.2.8). Im anderen Fall gelang im Interesse einer alleinerziehenden Migrantin über betriebliche Qualifizierung und Förderung die Neugestaltung des Arbeitsplatzes mit besserer Entlohnung (vgl. die Ausführungen zur subjektiven Einschätzung von Frau S. V. in „Ergebnisse aus den biografischen Interviews“, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.2.3).

Empfehlungen:

Auch Frauen mit Behinderung der älteren Generation zeigen Lernmotivation und Interesse am Umgang mit neuen Technologien und der Mikroelektronik. Manchen Frauen dieser Generation fehlt eine formale Ausbildung, doch über informelles Lernen haben sie sich im Laufe ihres Berufslebens viele berufliche Kompetenzen angeeignet. Manche der Frauen haben noch nie mit einem Computer gearbeitet. Schwere körperliche Arbeit führte zu chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Von diesem Hintergrund zeigen sich folgende Ansatzpunkte für Empfehlungen:

- Auch für ältere Frauen mit Behinderung sind inner- und außerbetriebliche Qualifizierungsmöglichkeiten zu schaffen. Diese sollten niedrigschwellig gestaltet und möglichst wohnortnah angeboten werden (vgl. als positives Beispiel die Fallstudie D in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 4.2).
- Der Wechsel an einen Arbeitsplatz mit körperlich leichter Tätigkeit ist meist erst nach einer Qualifizierung – und dem Erlernen des Umgangs mit neuer Technologie – möglich (vgl. ebenfalls Fallstudie D in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 4.2). Das sollte bei dieser Personengruppe systematisch in der Beratung und Begleitung mitbedacht werden.
- Älteren Frauen, denen aufgrund ihrer Beeinträchtigung/chronischen Erkrankung eine Vollzeit-Erwerbstätigkeit schwer fällt, wird manchmal zur Beantragung einer Erwerbsminderungsrente geraten. Die befragten Frauen der Alterskohorte lehnten eine solche Lösung für sich ab, da sie darin finanzielle Nachteile für sich

sahen. Als Erwerbstätige in Niedrig-Lohn-Segmenten meinen sie, bis zum Eintritt ins Rentenalter in Vollzeit arbeiten zu müssen. Hier sind speziell für diese Personengruppe Lösungen anzugehen.

- Einmal in Arbeitslosigkeit geraten ist es für Frauen dieser Alterskohorte nahezu unmöglich, wieder eine Erwerbsarbeit zu finden. Beratung und begleitende Dienste sind deshalb gefordert, für diese Personengruppe spezifische Lösungen und Beschäftigungsmodelle zu entwickeln.
- Eine Interviewpartnerin der Alterskohorte – fünffache Mutter und heute, nachdem alle Kinder verselbstständigt leben, ihren Partner pflegend – sprach die Altersarmut von Arbeiterinnen mit Behinderung, die Kinder haben, an (vgl. die Ausführungen zur subjektiven Einschätzung von Frau F. C. in „Ergebnisse aus den biografischen Interviews“, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkte 1.2.1 und 1.2.9). Frühere Lebensphasen von Schwangerschaft, Teilzeitarbeit und kurzen Familienpausen strahlen negativ bis in die Alterssicherung aus. Einer solchen frauentypischen Altersarmut muss unbedingt mit sozialpolitischen Maßnahmen begegnet werden.

2.4 Generationenübergreifende Empfehlungen, die an der Notwendigkeit struktureller Entwicklungen und Prozesse auf institutioneller Ebene ansetzen

Einschätzung/Schlussfolgerung:

Viele Interviewte verweisen darauf, dass Eigeninitiative und weibliche Lebenszusammenhänge in Beratungssituationen zu wenig wahrgenommen werden (vgl. Ausführungen „Ergebnisse aus biografischen Interviews“, Teil II, A, Punkt 1.2.4, diese Ausführungen betreffen Frauen aller Altersgruppen). Beratung wird von einem Teil der Interviewten nicht als eine, die eigenen Interessen respektierende und unterstützende, horizontal und kooperativ angelegte Beratung erfahren, wie es im SGB IX vorgesehen ist. Einzelne Interviewpartnerinnen vermissen sachkundige Rechtsauskünfte, andere vermissen Verständlichkeit und Niedrigschwelligkeit. Positive Erfahrungen mit Prozessen der Beratung wurden von Frauen gemacht, die sich von ihren Berater/innen unterstützt und ernst genommen fühlten, sich diese „gleichberechtigten“ Situationen zum Teil auch durch einen selbst vorgenommenen Austausch von Beratenden. In Baden-Württemberg profitierten Frauen von der frauengerecht gestalteten Beratung und Begleitung eines Integrationsfachdienstes: Dieser Integrationsfachdienst verknüpft im Rahmen von Projekten Elemente der Frauenbildungs-, Beratungs- und Begleitungsarbeit. (Ausführliche Schilderung: Teil II, A Ergebnisse aus Baden-Württemberg, Fallstudie C)

Empfehlungen:

- In Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sind Personal- und Organisationsentwicklungsprozesse einzuleiten, die die Beteiligung der Frauen sicherstellen und eine geschlechtergerechte Ausgestaltung der

Angebote und der Organisation zum Ziel haben. Wesentlich ist, dass die Führungskräfte in Fachdiensten der beruflichen Rehabilitation frauen- und geschlechtersensible Arbeit in ihrer Einrichtung zur „Chef- oder Chefinnensache“ erklären, Mitarbeiter/innen, die auf dem Weg sind, frauengerechte Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, unterstützen und Beteiligungsstrukturen für Frauen mit Behinderung implementieren.

- Die Strukturverantwortung geht mit der Novellierung des SGB IX im Frühjahr 2004 auf die Integrationsämter über. Damit eröffnen sich neue Chancen, frauengerechte Konzepte zu verankern: Berücksichtigung der Lebenslagen und Lebensentwürfe von Frauen mit Behinderung; Entwicklung einer Mädchenberufshilfe; Entwicklung frauengerechter Begleitungskonzepte, Entwicklung intentionaler Bildungsangebote von und für Frauen zum Erfahrungsaustausch und zur Entwicklung gemeinsamer Perspektiven.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaften der Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Integrationsämter und Werkstätten für behinderte Menschen haben Standards für eine frauen- und geschlechtergerechte Arbeit in den Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation zu entwickeln.
- Gemeinsame Weiterbildungen und Schulungen für Fachkräfte/Professionelle aus Arbeitsagenturen/Job-Centern und Integrationsfachdiensten zur geschlechtersensiblen und arbeitsmarktgerechten Berufsberatung sind zu entwickeln und anzubieten. Das Angebot der Integrationsämter sollte um diese Dimensionen/Ziele erweitert und für alle an Beratungsprozessen Beteiligten geöffnet werden.
- Der Transfer von im Rahmen von Modellprojekten entwickelten Strategien und Konzepten zur Entwicklung und Ausgestaltung frauenförderlicher geschlechtersensibler Beratung ist zu initiieren.
- Beispiele gelingender Praxis sollten über Fachtagungen und Veröffentlichungen bundesweit bekannt gemacht werden.

2.5 Zur Bedarfssituation von Teilnehmerinnen an Maßnahmen und Umschulungen in Berufsförderungswerken in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Sachsen und Sachsen-Anhalt

An der Befragung haben 225 Frauen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 und mehr in 13 Berufsförderungswerken in Baden-Württemberg (4), Nordrhein-Westfalen (5), Sachsen (2) und Sachsen-Anhalt (2) teilgenommen; das entspricht einem Rücklauf von 50,3 Prozent.

Einschätzung/Schlussfolgerung:

Frauenanteile, Struktur der Teilnehmerinnen und Berücksichtigung von Fraueninteressen

- Frauen sind nach wie vor unterrepräsentiert in Maßnahmen der Berufsförderungswerke. Ihr Anteil an

- allen Teilnehmenden beträgt in den von uns befragten Berufsförderungswerken 26 Prozent (dieser Anteil für Frauen ist für Frauen mit einem GdB bis zu 50 gleich hoch wie bei Frauen mit einem GdB von 50 oder mehr). Mit 70 Prozent besucht die Mehrheit der Frauen aus dem Sample eine Umschulung.
- Nach Geschlecht und Grad der Behinderung differenzierte Statistiken liegen noch nicht flächendeckend in den Berufsförderungswerken vor.
 - Wie die Frauen im Allgemeinen sind auch Mütter von betreuungspflichtigen Kindern im Besonderen an den Berufsförderungswerken unterrepräsentiert. Mütter, die an einer Maßnahme im Berufsförderungswerk teilnehmen, tun dies zumeist an ihrem Wohnort oder in der näheren Umgebung und pendeln zum Berufsförderungswerk. Obwohl die Mutter-Kind-Wohnmöglichkeiten bereitstellen und Hilfe bei der Organisation der Kinderbetreuung anbieten, nehmen – nach Angaben von Mitarbeiter/innen in den Berufsförderungswerken – nur wenige Frauen diese Angebote in Anspruch, weil sie ihre Kinder in deren gewohnten sozialen Umgebung belassen möchten.
 - Das Durchschnittsalter der Frauen beträgt 33,3 Jahre. Für die Mütter von mindestens einem betreuungspflichtigen Kind verschieben sich die Gewichte in der Altersverteilung. Hier sind die 35- bis 44-jährigen Frauen mit 57 Prozent am häufigsten vertreten.
 - Die befragten Teilnehmerinnen geben am häufigsten an: eine Körperbehinderung (30 Prozent), eine Sinnesbehinderung (18 Prozent), eine chronische Erkrankung (15 Prozent), eine Körperbehinderung und chronische Erkrankung (12 Prozent) (vgl. Teil II, E, Punkt 2.3.2).
 - 60 Prozent der Teilnehmerinnen sind ledige Frauen. Mütter von betreuungspflichtigen Kindern sind häufiger verheiratet (34,1 Prozent) bzw. geschieden (29,3 Prozent); eine gleich große Zahl (29,3 Prozent) der Mütter ist ledig.
 - Etwa ein Fünftel (19 Prozent) der befragten Frauen haben mindestens ein Kind, das 14 Jahre alt oder jünger ist. Inklusiv der Frauen mit älteren Kindern beträgt der Anteil der Mütter knapp ein Drittel (32 Prozent). Mehr als die Hälfte der Mütter von betreuungspflichtigen Kindern (58 Prozent) sind alleinerziehend.
 - Häufigster Schulabschluss ist der Realschulabschluss/FOR (37,8 Prozent). Mehr als zwei Drittel der Frauen (71 Prozent) haben eine Berufsausbildung absolviert (vgl. Teil II, E, Punkt 2.3.5 und 2.3.6).
 - Die starke Konzentration von Frauen mit Behinderungen auf kaufmännisch/verwaltende Berufe wird auch durch unsere Befragung belegt: 84 Prozent der befragten Frauen besuchen eine derartige Maßnahme; der Anteil der befragten Frauen, die eine Maßnahme in gewerblich-technischen oder sozialen Berufsfeldern besuchen, beträgt jeweils 6 Prozent. Frauen mit Behinderung entscheiden nicht anders als Frauen und Mädchen ohne Behinderung, d. h. Mädchen entscheiden sich nach wie vor überwiegend für kaufmännisch-verwaltende Berufe oder für Berufe im Bereich Gesundheit/Soziales. Ein großer Teil der Frauen aus dem kaufmännisch-verwaltenden Bereich würde einem anderen Berufsbereich den Vorzug geben.
 - Es hat sich gezeigt, dass nur wenige Mütter an Angeboten wie Appartements für alleinerziehende Frauen und Kinderbetreuung interessiert sind. Für Mütter ist der Ausbau der wohnortnahen Angebote sowie die Bereitstellung von Teilzeitangeboten notwendig, damit die Frauen Kindererziehung und berufliche Weiterbildung „unter einen Hut“ bringen können.
 - Sehr ernüchternd fällt die Betrachtung der Erfahrungen der Frauen mit jenen neu geschaffenen Diensten aus, die ihnen bei der beruflichen Rehabilitation und dem Übergang ins Erwerbsleben unterstützend zur Seite stehen sollen. Keine Erfahrungen mit Gemeinsamen Servicestellen haben 90 Prozent der Frauen. Lediglich 30 Prozent der Frauen haben Erfahrungen mit einem Integrationsfachdienst.
 - Auch über die Möglichkeit zur Teilnahme an Kursen zur Stärkung des Selbstbewusstseins-/Selbstbehauptungskurse wissen längst nicht alle befragten Frauen (62 Prozent) Bescheid.
 - Der Übergang vom Berufsförderungswerk zurück in den beruflichen Alltag ist für die Frauen in der Regel ein entscheidender und schwieriger Schritt. Unterstützung wird gewünscht im Bereich der Arbeitsassistenz, im Haushalt sowie bei der Versorgung und Betreuung von Kindern (vgl. Teil II, E, Punkt 3.3).
 - Das Internet spielt für ca. drei Viertel der Frauen eine wichtige Rolle als Informations- und Lernmedium. Dies gilt insbesondere für die Frauen im Alter zwischen 20 und 24 Jahren (87 Prozent).
 - Etwa die Hälfte der Frauen möchte sich nach Beendigung der Maßnahme eine Arbeitsstelle am Wohnort suchen, jedoch 47 Prozent der Frauen geben an, sich im jeweiligen Bundesland (25 Prozent) oder sogar bundesweit bewerben (22 Prozent) zu wollen (vgl. Teil II, E, Punkt 3.5).
- Empfehlungen:**
- Es besteht erheblicher Handlungsbedarf, um den Anteil der Frauen an den Rehabilitationsmaßnahmen in Berufsförderungswerken zu erhöhen und damit Frauen mit Behinderung die Teilnahme an beruflichen Qualifizierungen/Umschulungen zu eröffnen.
 - Um insbesondere mehr Müttern mit Behinderung/Frauen mit Betreuungspflichten die Teilnahme an Maßnahmen in Berufsförderungswerken zu ermöglichen, sind mehr wohnortnahe Umschulungsmaßnahmen bzw. Angebote in Teilzeit zu schaffen, die deren besondere Lebenssituation berücksichtigen.

- Auszuweiten sind Umschulungs-/Qualifizierungsmaßnahmen, die neue Lernformen wie Telelearning/Teletutoring beinhalten, die die Präsenzzeiten für Frauen mit Betreuungspflichten bzw. starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen verringern (vgl. Fallstudie 4.1 zu den Angeboten des BFW Michaelshoven und die Angebote des BFW Dortmund im Anhang „Modelle“).
- Es besteht – nach wie vor – der dringende Bedarf, weitere Berufsfelder für Frauen zu öffnen, und zwar in Sozialen Gesundheitsberufen sowie insbesondere in zukunftssicheren Berufen wie Informationstechnologie, Logistik, Tourismus, Mikrostrukturtechnik und Laborberufen.
- Frauenspezifische Angebote und Rahmenbedingungen in Berufsförderungswerken wie Selbsthilfegruppen, Frauenausschüsse, spezielle Treffpunkte für Frauen, Selbstbehauptungstrainings sollten aufgebaut bzw. verstetigt werden.
- Die Darstellung der Berufe in Informationsschriften/Flyern und im Internet ist auf ihre Botschaften hinsichtlich der Ansprache der Zielgruppe Frauen mit Behinderung zu überprüfen. Die Wünsche der Frauen nach einem erweiterten Berufsspektrum sollten bei den Beratungsgesprächen der Rehabilitationseinrichtungen ernst genommen und Alternativen aufgezeigt werden.
- Vielfach herrscht noch Unwissenheit sowohl über die frauenfördernden Neuregelungen im SGB IX als auch speziell über die neu eingerichteten Institutionen der Gemeinsamen Servicestellen und der Integrationsfachdienste; dazu sollte gezielte Informations- und Aufklärungsarbeit erfolgen.
- Die im SGB IX vorgesehenen Kurse zur Stärkung des Selbstbewusstseins sind ebenfalls noch kaum bekannt, werden aber von der Mehrheit der befragten Frauen gewünscht; auch hierzu besteht Aufklärungsbedarf in Verbindung mit einfacheren Beantragungsverfahren.
- Die Übergänge vom Berufsförderungswerk in Berufstätigkeit sollten in Zusammenarbeit zwischen Berufsförderungswerken und Integrationsfachdiensten verstärkt begleitet werden; dabei ist die Kooperation mit den Betrieben an den Wohnorten der Frauen aktiv zu gestalten.
- Die Berufsförderungswerke sollten eine einheitliche Datenbasis schaffen, d. h. geschlechterdifferenzierte Daten zu Art und Dauer der Maßnahme, Art und Grad der Behinderung sowie zum Verbleib der Teilnehmer/-innen nach Abschluss der Maßnahme/n erheben und bereitstellen.

3. Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu betriebsbezogenen Handlungsfeldern

3.1 Schwerbehindertenvertretung im Betrieb

Einschätzung/Schlussfolgerung:

Die Schwerbehindertenvertretung im Betrieb ist eine eigenständige Personalvertretung. Die Befragungen ver-

deutlichten, dass Frauen in diesen Funktionen – zumeist waren sie selbst von einer Behinderung betroffen – tatsächlich im Betrieb als zentrale Ansprechpartnerinnen für Frauen mit Behinderung fungieren. Weiblichen Schwerbehindertenvertreterinnen mit geschlechterbezogenen Kenntnissen und Kompetenzen scheint im Zugang dieser identifizierten besonders benachteiligten Gruppe eine „Schlüsselrolle“ zuzukommen (vgl. die Ausführungen zu betrieblichen Integrationsvereinbarungen in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 3.2c). Dieser Fakt und die Wertschätzung betrieblicher Integrationsvereinbarungen mit frauenfördernden Festlegungen, die Frauen mit Behinderung aus den Betrieben zum Ausdruck brachten (vgl. dazu Ausführungen in „Ergebnisse der biographischen Interviews“, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.2.), verweisen darauf, wie bedeutsam in diesem Bereich Ausbau und Stärkung wären. Zudem war es weitgehend ihrem Engagement zu verdanken, dass in den Betrieben Integrationsvereinbarungen abgeschlossen, und darin frauenfördernde Schwerpunkte festgelegt wurden (in der Einstellungspolitik, in der Qualifizierung und Nachqualifizierung von Frauen mit Behinderung/chronischer Erkrankung).

Empfehlungen:

Im Diskurs um die Umsetzung der frauenfördernden Dimensionen des SGB IX blieb das Engagement weiblicher Schwerbehindertenvertreterinnen bisher ausgeblendet. Da die Erfahrungen zeigen, wie erfolgreich Frauenförderung im Betrieb umgesetzt werden kann (vgl. etwa die Fallstudie D, in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 4.2 und die Fallstudie aus Sachsen, in Teil II, C, Punkt 1.3), sind weibliche Schwerbehindertenvertreterinnen in ihrer „Schlüsselrolle“ besonders zu stärken. Ansatzpunkte sind:

- eine stärkere Einbeziehung dieser Vertreterinnen in den Diskurs um die Umsetzung der frauenfördernden Aspekte des SGB IX;
- die Ausweitung von Schulungen und Weiterbildungen zur Thematik und den dafür erforderlichen Zeitrahmen. Hier sollten auch Schwerbehindertenvertrauensfrauen und Stellvertreterinnen Zugänge eröffnet werden (positives Beispiel der Initiative einer Schwerbehindertenvertrauensfrau, vgl. Fallstudie aus Sachsen, in Teil II, C, Punkt 1.3).

3.2 Betriebliche Integrationsvereinbarungen

Betriebliche frauenfördernde Initiativen im Rahmen von Integrationsvereinbarungen sind noch nicht sehr verbreitet. Einzelne Beispiele in Großbetrieben zeigen, dass eine erfolgreiche Umsetzung von Frauenförderung in den Bereichen Personalpolitik, Qualifizierung, Weiterbildung und Arbeitsplatzgestaltung erfolgreich sein kann. Insbesondere Frauen, die andere Rehabilitationsdienste bisher nicht in Anspruch genommen haben, profitieren von betrieblichen Regelungen.

In einem Teil der geschlossenen Vereinbarungen sind Frauen ausdrücklich erwähnt (Stichprobe Integrationsamt Köln, 25 von 49). Berücksichtigung finden sie vor allem

im Kontext der Definition von Zielen der Personalplanung. Dabei überwiegen „weiche“ Formulierungen wie die folgende: „Bei Personalplanung ist die Möglichkeit der Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen, insbesondere von Frauen und Auszubildenden, zu berücksichtigen“ (Integrationsvereinbarung von REAL) gegenüber eindeutigen Vorgaben wie „behinderte Frauen werden bei gleicher Qualifikation bevorzugt eingestellt“ (Integrationsvereinbarung von Karstadt). Die Arbeitsprozesse und Arbeitsbedingungen sind nur selten aufgenommen. Besondere Belange von Frauen mit Betreuungspflichten sind ausdrücklich ausschließlich im Zusammenhang mit der Regelung von Arbeitszeiten aufgenommen. Indirekt profitieren insbesondere Frauen auch von vereinbarten Regelungen zu Teilzeit, die im überwiegenden Teil der Integrationsvereinbarungen zu finden sind (Beispiel: „Bei behinderten Menschen mit schulpflichtigen Kindern bis zum 14. Lebensjahr sind besondere Arbeitszeitregelungen zu berücksichtigen. Die Gesamtbetriebsvereinbarung ‚Familie und Beruf‘ wird entsprechend ergänzt“, Integrationsvereinbarung von Karstadt).

Unsere Untersuchung kann beispielhaft belegen, wie betriebliche Integrationsvereinbarungen gezielt im Interesse von Frauen gestaltbar sind, um für Frauen mit Behinderung den Zugang zur Erwerbsarbeit zu verbessern und/oder Frauen ohne formale Qualifikation eine Möglichkeit zur betrieblichen Qualifizierung zu verschaffen. Von den befragten Schwerbehindertenvertreterinnen wurde die nach SGB IX verbindliche Einführung von „betrieblichen Integrationsvereinbarungen“ vor allem als Planungsdirektive begrüßt (vgl. die Ausführungen aus Sicht der Schwerbehindertenvertreterinnen in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 3.2c). Auflagen zur Frauenförderung konnten teilweise erst nach längeren Auseinandersetzungen durchgesetzt werden. Als frauenfördernde Bestimmungen enthält eine Integrationsvereinbarung beispielsweise die Bestimmung, dass – analog zum Frauenförderplan – „Frauen bei Einstellungen besonders zu berücksichtigen sind. In diesem Zusammenhang haben schwerbehinderte Frauen Vorrang.“ Es muss vonseiten der Körperschaft des Öffentlichen Rechts nachgewiesen werden, ob schwerbehinderte Frauen bei Einstellungen und Qualifizierungen entsprechend berücksichtigt werden. Auch in der „Gesamtbetriebsvereinbarung zur Integration von Schwerbehinderten“ eines Metallbetriebs ist eine Regelung enthalten, dass speziell Frauen mit einer Schwerbehinderung an innerbetrieblichen Qualifizierungsmaßnahmen teilnehmen. Im Zuge von betrieblichen Umstrukturierungsmaßnahmen hat das betriebliche Trainingszentrum insbesondere Frauen aus unteren Lohngruppen qualifiziert. Über diese Qualifizierungsangebote konnten auch Migrantinnen die Chance nutzen, um über die Qualifizierung zu körperlich weniger belastenden und besser entlohnten Tätigkeiten im Betrieb zu gelangen. Begleitend zur fachlichen Qualifizierung wurden für die Migrantinnen Deutschkurse angeboten. An diesem Beispiel wird deutlich, wie wichtig die Verankerung von Frauenförderung im Rahmen von „betrieblichen Integrationsvereinbarungen“ ist, um auch älteren Arbeitnehmerinnen mit Behinderung/chronischen Erkrankungen die Weiterbe-

schäftigung in weniger belastenden Arbeits- und Tätigkeitsbereichen zu sichern.

Empfehlungen:

- Unternehmensleitungen und Betriebsräte sowie Schwerbehindertenvertretungen sind noch mehr als bisher für die besonderen Belange von Frauen mit Behinderung zu sensibilisieren, um das Instrument Integrationsvereinbarung entsprechend auszugestalten. Prävention und innerbetriebliche Qualifizierungen sollten frauengerecht ausgebaut werden;
- Besonderer Wert sollte auf die Teilhabe von Frauen an Qualifizierung und Weiterbildung gelegt werden, insbesondere auch für Frauen beim Wiedereinstieg nach Elternzeit, Elternurlaub und/oder Familienpause;
- Besonderes Augenmerk sollte darauf liegen, Zugänge zu kleinen und mittleren „beschäftigungspflichtigen“ Betrieben zu gewinnen und diese zu beteiligen.

3.3 Die WfbM – „Werkstatt für behinderte Menschen“

Einschätzung/Schlussfolgerung:

Im Sinne des SGB IX soll der Berufsbildungsbereich der WfbM Frauen (und Männer) mit Behinderung verstärkt für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt qualifizieren und fördern. In den Erhebungen zeigte sich eher das Gegenteil: Frauen mit Behinderung verbleiben ohne eine frauenspezifische Förderung nach wie vor in der Werkstatt. In Sachsen ist die Beschäftigung in einer WfbM für Frauen sogar zur „zweitwichtigsten Beschäftigungsform“ geworden, was allerdings noch einer genaueren empirischen Ermittlung bedarf (vgl. die Ausführungen zu Sachsen in Teil II, C, Punkt 1.2). Frauen mit Behinderung, die in der WfbM arbeiten, erfahren diese Beschäftigungssituation als Aussonderung (vgl. dazu etwa die subjektive Einschätzung von Frau H. S., biografisches Interview Nr. N/BW, in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.2.8). In den Werkstätten fehlen weitgehend frauengerechte Rahmenbedingungen, insbesondere Maßnahmen und Regelungen gegen sexualisierte Gewalt. Frauen arbeiten vorwiegend in frauentypischen Beschäftigungsbereichen, was nicht unbedingt ihren Bedürfnissen entspricht – wie diese und andere Untersuchungen (vgl. Schön 1993, Schön 1998) belegen.

Die neue Mitwirkungsverordnung im Werkstattbereich regelte erstmals die Teilhabe von Mitarbeiterinnen aus der Werkstatt. Das wird als wichtiger Schritt erachtet. Eine befragte Werkstattvertreterin bestätigte das. Frauen engagieren sich gerne in der Interessenvertretung, sie wünschen Informationen über die frauenfördernden Möglichkeiten des SGB IX (vgl. Ergebnisse des biografischen Interviews Nr. A/SN, in Teil II, C Neue Bundesländer, 1.1.1).

Wie Frauen mit einer frauengerechten Förderung beim Übergang aus der Werkstatt in den allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgreich begleitet werden können, konnte an zwei biografischen Interviews herausgearbeitet werden

(vgl. die exemplarische biografische Einzelstudie in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.3 und das biografische Interview Nr. E/NRW mit Frau K. P. in Teil II, B NRW, Punkt 1.2.9).

Empfehlungen:

- Ermittlung geschlechterdifferenzierender Daten in den Werkstätten für Analysen und als Planungsgrundlage zur Bearbeitung folgender Fragestellungen: Welche Qualifizierungen und Schlüsselqualifikationen sind Frauen mit Behinderung gezielt anzubieten? Wie kann das berufliche Spektrum für Frauen erweitert werden? Wie ist eine frauengerechte Bildungs-/Qualifizierungsarbeit in der Werkstatt und in Kooperation mit Betrieben zu gestalten? Wie können Übergänge auf den allgemeinen Arbeitsmarkt frauen- und geschlechtergerecht angebahnt und begleitet werden?
- Entwicklung frauengerechter Rahmenbedingungen in den Werkstätten: Dazu gehören vor allem – wie Multiplikatorinnen des regionalen Netzwerks Tübingen/Reutlingen aufzeigten – präventive Maßnahmen gegen sexualisierte Gewalt, die institutionell über Vereinbarungen zu verankern sind. Ebenso ist in den Werkstätten die bewusste Gestaltung einer Geschlechterkultur anzugehen, über die Frauen neue Möglichkeiten der Beteiligung und Partizipation erhalten. Angebote in Selbstbehauptung/Selbstverteidigung für Frauen sind wichtig, allerdings ist bei der Durchsetzung solcher Angebote darauf zu achten, dass damit nicht länger eine defizitäre Wahrnehmung von Frauen mit Behinderung einher geht (vgl. die Ausführungen zur Sicht der Multiplikatorinnen in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 3.3.3). Beispielhaft ist die in jüngster Zeit entwickelte Top-Down-Strategie der Gustav-Werner-Stiftung Reutlingen (vgl. die Ausführungen in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 3.2g). Frauenbeauftragte sind in Werkstätten bisher nur in Ausnahmen zu finden. Die Multiplikatorinnen des Netzwerks Tübingen/Reutlingen fordern deshalb eine Frauenbeauftragte für jede Werkstatt, eine solche Forderung erhebt auch das Netzwerk People First Deutschland.
- Einrichtung von Möglichkeiten zur Teilzeitbeschäftigung in der Werkstatt.
- Schulung und Information von Interessenvertreterinnen aus dem Werkstattatrat über die frauenfördernden Möglichkeiten des SGB IX.
- Damit Werkstätten nicht länger „zweitwichtigste Beschäftigungsform“ für und mit Frauen mit Behinderung in den neuen Bundesländern sein müssen, sind insbesondere dort für – und gemeinsam mit – Frauen mit Behinderung Beschäftigungs- und Integrationsprojekte zu entwickeln.
- Verstärkte Anstrengungen zur Vermeidung von Aufnahmen in Werkstätten – wie sie im Bericht der Bundesregierung nach § 160 des SGB IX vom 26. Juni 2003 gefordert werden – haben auch der Geschlechterfrage Rechnung zu tragen: Über eine Verbesserung der Berufsorientierung, Berufsbildung und -vorbereitung

für (junge) Frauen mit Behinderung – Bereiche, die konzeptionell eine Geschlechterdifferenzierung vorzunehmen haben – lassen sich im Vorfeld auch mit Frauen Alternativen zur Werkstatt entwickeln (vgl. Fallstudie A in Teil II, B Baden-Württemberg, Punkt 4.2).

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu zielgruppenbezogenen Handlungsfeldern

Bestimmte Gruppen von Frauen mit Behinderung sind bisher nicht im Blick der Verantwortlichen. Sie treten weder in der Beratung, noch in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, in Qualifizierungen und Umschulungen in Erscheinung. Es sind vor allem alleinerziehende Frauen, Migrantinnen, Frauen ohne Ausbildung, ältere Frauen über 50 Jahre, Frauen aus ländlichen Regionen. Im Rahmen von Modellprojekten werden Konzepte erprobt, die einen niedrigschwelligen Einstieg in Qualifizierung und Beratung bieten, und die sozialräumlich ausgerichtet sind.

Um den spezifischen Gruppen Teilhabemöglichkeiten zu erschließen, besteht noch erheblicher Bedarf nach konzeptioneller Weiterentwicklung und praktischer Erprobung. Differenzierte Konzepte für die Beratung und Begleitung, wie auch für die Qualifizierung und Umschulung von Frauen mit Migrationshintergrund liegen bisher nicht vor. Auch für Frauen ohne anerkannte berufliche Ausbildung, für Frauen aus ländlichen Regionen besteht ein erheblicher Verbesserungsbedarf.

4.1 Frauen mit Behinderung als Mütter

Bei nahezu allen Frauen der mittleren Generation, der Alterskohorte mit den meisten Müttern, zeigen die Lebensentwürfe eine Doppelorientierung auf Beruf und Kinder/Familie. Diese Doppelorientierung ist gerade von Frauen, die seit Kindheit schwerbehindert sind, gegen normative Vorgaben, die für Frauen mit Behinderung immer noch ein Gebärverbot vorsehen, aktiv und mit viel Eigeninitiative durchgesetzt worden. Sie fühlen sich immer noch nicht „gleichwertig“ in ihrer Rolle als Mutter akzeptiert. In ihrer alltäglichen Lebensführung sind diese Frauen mit besonderen Vereinbarkeitsproblemen konfrontiert durch: spezifische erkrankungs- und behinderungsbedingte Belastungen, nur mit großer Anstrengung zu erfüllende Mobilitätsanforderungen und immer noch fehlenden flexiblen Kinderbetreuungsmöglichkeiten (nicht nur) im ländlichen Raum. In ländlichen Regionen fehlen zudem berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für Frauen. Ein Teil dieser Frauen mit Behinderung lernte im Lebensverlauf, sich von dieser Doppelorientierung, und dem erforderlichen Balance-Halten zu distanzieren. Insbesondere Prozesse der Trennung und Scheidung von Lebenspartnern führten zu Bruchstellen und Neuorientierungen im Lebensentwurf. Alleinerziehenden Frauen mit Behinderung ist in ihrer Selbstdefinition wichtig, dass ihre nicht mehr „familien“-bezogene Orientierung als bewusste Entscheidung und Gestaltung eines neuen Entwurfs wahrgenommen wird. Trotz restriktiver Rahmenbedingungen haben sie vertraute Pfade der weiblichen Lebensführung

verlassen, gestalten ihr Leben und das ihrer Kinder aktiv in neuen Arrangements. Diese Frauen sind aber auch von besonderer sozialer Ungleichheit betroffen. Ihnen fehlen – mehr noch als den verheirateten und in Partnerschaft lebenden Frauen mit Behinderung – Ressourcen, um Aufgaben delegieren zu können. In der Lebensführung sehen sie sich vom Zwang zur Vollzeitberufstätigkeit bestimmt.

Auch das SGB IX orientiert sich in seinen Leistungsregelungen zur beruflichen Teilhabe weitgehend am Modell der durchgehenden Erwerbstätigkeit, Zeiten von Kinderbetreuung, Familienarbeit führen zum Wegfall von finanziellen Ansprüchen und erschweren, den (Wieder-)Einstieg in Erwerbsarbeit. Der im Gesetz vorgesehene Betrag von 65 Euro pro Monat pro Kind für Mütter mit Behinderung, die sich in einer beruflichen oder medizinischen Rehabilitation befinden, reicht bei weitem nicht aus, um die Betreuungsbedarfe abzudecken. Mütter mit Behinderung benötigen bereits im Vorfeld der beruflichen Qualifizierung und Arbeit Unterstützungsstrukturen, um sich mit Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Kindern auseinander setzen zu können.

Empfehlungen:

- Bezüglich der besonderen Lebenssituation von Müttern mit Behinderung besteht immer noch ein hoher Aufklärungsbedarf. Gezielte Informations- und Lobbyarbeit ist erforderlich, um in der Öffentlichkeit mehr Akzeptanz für behinderte Mütter zu schaffen.
- Im Modellprojekt „Mütter mit Behinderungen“ des Landesverbandes der Mütterzentren in NRW (vgl. Fallstudie 4.1. in Teil II, B NRW) gelang es beispielhaft, durch den Aufbau von Selbsthilfe-Netzwerken ein basisnahes Angebot für diesen Personenkreis einzurichten und zusätzlich eine bessere Vernetzung mit bestehenden Regelangeboten (Einrichtung von Gesprächskreisen in Mütterzentren) zu erreichen. Die positiven Erfahrungen aus diesem Modellprojekt sollten in andere Bundesländer transferiert werden.
- Mütter mit Behinderung haben erhöhte Mobilitäts- und Flexibilitätsanforderungen; sie benötigen Hilfen, die bisher nur erwerbstätigen Müttern gewährt werden, wie z. B. eine finanzielle Unterstützung beim Erwerb des Führerscheins und Erwerb eines PKWs. Damit würden für viele Mütter erst die Voraussetzungen für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit geschaffen werden.
- Die Möglichkeit für Frauen mit Behinderung und Betreuungspflichten ergänzende Leistungen für Haushaltshilfen oder Kinderbetreuung zur Versorgung ihrer Kinder in den ersten Lebensjahren gewährt zu bekommen, wird aufgrund einer restriktiven Handhabung und Einkommensgrenzen sowie Vorbehalten der Frauen gegenüber kontrollierenden Eingriffen noch kaum in Anspruch genommen. Ein Teil der Frauen würde eine persönliche Assistenz begrüßen, die im Rahmen eines persönlichen Budgets finanziert werden könnte.

- Von besonderer präventiver Bedeutung sind auch Mütter- und Mütter-Kind-Kuren. Diese sind für viele nicht mehr durchführbar, da viele Krankenkassen die Müttergenesungskuren nur noch teilweise finanzieren.
- Erwerbstätige Mütter mit Behinderung, insbesondere alleinerziehende Frauen, benötigen verlässliche, individuell zugeschnittene Kinderbetreuungsangebote verbunden mit flexiblen Arbeitszeitregelungen.

4.2 Frauen mit Behinderung aus ländlichen Regionen

Einschätzung/Schlussfolgerung:

Frauen mit Behinderung aus ländlichen Regionen verweisen in den Interviews auf ihre regionale Bezogenheit, sie möchten ihr Lebensumfeld nicht verlassen. Das trifft auf alle befragten Altersgruppen zu. Der ländliche Arbeitsmarkt für Frauen weist Beschränkungen und restriktive Bedingungen auf. In manchen ländlichen Regionen gibt es keinen Arbeitsmarkt für Bürokauffrauen. Arbeitslosigkeit wird von den Frauen als biografische Unsicherheit erfahren (vgl. hierzu die subjektiven Einschätzungen von Frauen aus ländlichen Regionen in „Ergebnisse aus den biografischen Interviews“, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.2).

Junge Frauen, auch Rollstuhlfahrerinnen, richten ihre Lebensführung darauf aus, Mobilitätsstrategien zu entwickeln, um in den Regionen „beweglich“ zu sein (vgl. die subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen junger Frauen, ebenda). Frauen der mittleren und älteren Generation erbringen hohe Management- und Mobilitätsleistungen, um die erforderliche Flexibilität, das Pendeln zwischen verschiedenen Orten, vereinbar zu machen. Berufsrbeit und Haus-/Sorgearbeit lassen sich in ländlichen Regionen oft nur unter größten Schwierigkeiten vereinbaren, weil es keine ganztägige öffentliche Kinderbetreuung mit flexibler Zeitgestaltung gibt. Im ländlichen Raum Baden-Württembergs erbringen Frauen individuell und mit einer typischen „Schaff“-Haltung diese alltäglich erforderlichen Vereinbarkeitsleistungen (vgl. die subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen dieser Generationen, ebenda).

Besonders benachteiligt sind jene Frauen, die in peripheren Räumen leben. Dort gibt es nur eine gering entwickelte Infrastruktur, eine geringe Arbeitsplatzdichte, fehlen Verkehrsverbindungen, Beratungsangebote und Selbsthilfeorganisationen (vgl. die „Ergebnisse aus den biografischen Interviews“, ebenda).

Empfehlungen:

Frauen mit Behinderung aus ländlichen Regionen sind keine homogene Gruppe, auch zwischen ihnen gibt es soziale Unterschiede. Es gibt gut informierte Frauen, die auf materielle und soziale Ressourcen zurückgreifen können. Es gibt Frauen, die über keine Informationen und Ressourcen verfügen: Diese Frauen sind zum Teil alleinerziehend, sie befinden sich in spezifischen Bedarfslagen (vgl. etwa die biografischen Erfahrungen von Frau L. S.,

biografisches Interview Nr. B/BW, in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.2).

- Um soziale Ungleichheit zwischen Frauen mit Behinderung abzubauen, sind jene Frauen, die besonders benachteiligten Gruppen angehören – Alleinerziehende, Frauen ohne Ausbildung, Migrantinnen – verstärkt auf die Nutzung von Angeboten und Leistungen der beruflichen Rehabilitation hin anzusprechen. Sie wünschen eine Stärkung und Unterstützung ihrer eigenen Netzwerke. Sie präferieren den Ausbau öffentlich organisierter Kinderbetreuung auf dem Land.
- Wohnortnah sind auch in ländlichen Regionen Ausbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten und Beschäftigungsinitiativen zu entwickeln.
- Besonders junge Frauen mit Behinderung sind bei der Entwicklung von Mobilitätsstrategien zu unterstützen: Beispielsweise sind Rollstuhlfahrerinnen Führerschein und ein eigener PKW wichtig (vgl. dazu etwa die Erfahrungen von Frau K. S., biografisches Interview Nr. G/BW, in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.2); Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist ein Mobilitätstraining mit öffentlichen Verkehrsmitteln wichtig. Nur über die so erreichte Mobilität können Beschäftigungsmöglichkeiten in ländlichen Regionen wahrgenommen werden (vgl. dazu die exemplarische Einzelstudie aus Baden-Württemberg, in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.3).
- Insbesondere für Frauen mit Behinderung, die in peripheren Räumen leben, sind mobile, das heißt aufsuchende, Beratungsangebote zu entwickeln (vgl. hierzu die Ausführungen über die Modellprojekte „mobil“ und „Yentl“, die nach Auslaufen der Modellzeit leider nicht in ein Regelangebot umgewandelt wurden, siehe Anhang „Modelle“). In Kernräumen und Kleinstädten, den zentralen Versorgungsorten von ländlichen Regionen, sind Beratungsangebote und Selbsthilfestrukturen auszubauen. Überlegungen sind anzustellen, wie neben den traditionellen „Komm-Strukturen“ mobile Angebotsstrukturen geschaffen werden können.

4.3 Frauen mit so genannter geistiger Behinderung

Einschätzung/Schlussfolgerung:

Biografische Interviews und ein Gruppengespräch mit jungen Frauen mit so genannter geistiger Behinderung verdeutlichten, über welche Stärken und Kompetenzen diese Frauen verfügen. So leistete eine junge Frau in einer WfbM hartnäckig Widerstand gegen die Zuweisung in hausarbeitsnahe Tätigkeiten, sie konnte für sich die Beschäftigung in der Schreinerei der Werkstatt durchsetzen. Heute arbeitet sie mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag in einem Handwerksbetrieb auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Sie wusste, wie sie sich Unterstützung für diesen Weg nach „draußen“ organisieren konnte, erhielt aber auch über eine frauengerechte Begleitung und intentionale Frauenbildung diese notwendige Unterstützung, sodass die berufliche Teilhabe gelingen konnte (vgl. die exem-

plarische biografische Einzelstudie aus Baden-Württemberg, in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 1.3).

Junge Frauen mit so genannter geistiger Behinderung bringen deutlich zur Sprache, dass sie unter beruflicher Teilhabe mehr verstehen als die Übernahme von gesellschaftlich besonders abgewerteten Haus-, Küchen- und Reinigungsarbeiten mit geringer Entlohnung. Sie thematisieren ihre eigenen Zwiespalte und Ambivalenzen, die mit diesen Arbeitsbereichen verbunden sind. Auch sie wünschen attraktive gesellschaftlich anerkannte Beschäftigungen mit einer Entlohnung, die ein verselbstständigtes Leben erlaubt (vgl. „Ergebnisse aus dem Gruppengespräch mit jungen Frauen mit sogen. geistiger Behinderung“, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 2.4).

Empfehlungen:

Um Frauen mit so genannter geistiger Behinderung in der Durchsetzung ihrer Teilhabewünsche und Interessen zu unterstützen, bedarf es besonderer Maßnahmen und Strategien. Ohne diese gerät diese Gruppe immer wieder bei Verantwortlichen in Vergessenheit. Ansatzpunkte sind:

- Frauen mit so genannter geistiger Behinderung sind umfassend und in einfacher Sprache sowohl über ihre Rechte als auch über vorhandene Angebote in (beruflicher) Beratung, Begleitung und bei ambulanten Diensten zu informieren. Hier sind auch die gemeinsamen Servicestellen gefordert.
- Alternativen zur Beschäftigung in der WfbM sind in mädchen- und frauengerechten Berufsfindungsprojekten zu erarbeiten – solange (Sonder-)Schulen dieser Aufgabe noch nicht gerecht werden (vgl. hierzu die Arbeit des Frauenprojekts „Wir können alles ...“, Fallstudie A, in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 4.2).
- Die Vermittlung von auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erforderlichen Schlüsselqualifikationen und Teilqualifizierungen ist für diese Personengruppe besonders zu gewichten und frauen- und geschlechtergerecht zu konzeptionieren.
- Frauen mit so genannter geistiger Behinderung sind in Interessenvertretungen und Netzwerken einzubeziehen, dort sind auch ihre Belange und Interessen zu berücksichtigen (vgl. hierzu die Einschätzungen der Multiplikatorinnen des Netzwerks Tübingen/Reutlingen, in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 3.3.3).
- Im Sinne des Empowerment ist bei der Umsetzung des Konzepts des Peer Counseling in der Beratung und Begleitung zu berücksichtigen, dass Peer Counseling auch von und für Frauen mit so genannter geistiger Behinderung von Bedeutung ist.
- Von Multiplikatorinnen-Netzwerken wurde der besondere Handlungsbedarf im Bereich der Prävention und des Schutzes vor sexualisierter Gewalt ausgemacht: Werkstätten, Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Erwachsenenbildung sind hier in die Pflicht zu nehmen. In den Einrichtungen sind über Dienstvereinbarungen, präventive Maßnahmen, Aufklärung und Fortbildung Strukturen zu schaffen, die persönliche

Sicherheit und Selbstbestimmung gewährleisten (vgl. hierzu die Ausführungen in Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 3.2g).

- Angebote zur Selbstbehauptung und Selbstverteidigung sind für die Personengruppe flächendeckend – an Schulen, in Werkstätten, in Einrichtungen der Erwachsenenbildung – einzurichten. Es kann nicht länger nur Fraueninitiativen überlassen bleiben, solche Trainings anzubieten.
- Junge Frauen mit so genannter geistiger Behinderung sind in die (noch zu entwickelnde) Mädchenberufshilfe (der Integrationsfachdienste) systematisch einzubeziehen. Modellprojekte zeigen, wie wichtig eine mädchen- und frauengerechte Unterstützung in der Lebensphase der Berufsfindung ist. Eine mädchen- und frauengerechte Lebens- und Berufswegplanung hat auch Themen wie Lebensformen und Kinderwünsche aufzugreifen (vgl. Fallstudie A, Teil II, A Baden-Württemberg, Punkt 4.2).
- Auf der regionalen Ebene gesellschaftlicher Teilhabe sind Frauen mit so genannter geistiger Behinderung Zugänge zu Angeboten in ihrer Lebensumgebung zu eröffnen, die auch anderen Frauen offen stehen (Beratung, Freizeit, Wohnen).

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu regionaler Verankerung/Netzwerkbildung und -stützung

Die institutionell gebundenen Beratungsangebote für Frauen mit Behinderung in Übergangssituationen

- von der Schule in die berufliche Orientierung/Qualifizierung,
- von der Qualifizierung/Ausbildung in Beschäftigung, vom Berufsbildungswerk/Berufsförderungswerk in Betriebe (der Wohnorte),
- aber auch vom Wohnen im Elternhaus oder in einer Einrichtung in selbstständiges Wohnen, eine eigene Wohnung,
- bei Betriebs- und Wohnungs-/Wohnortwechsel

sind nicht hinreichend.

Durch die zunehmende Bedeutung von Übergängen und Schnittstellen in den biografischen Lebensverläufen der Frauen verändert sich der Beratungsbedarf – notwendig wird eine umfassende prozessbezogene Beratung, die eine weibliche Berufs- und Lebensplanung als eine Einheit erkennt. Damit überschneiden sich bisher institutionell relativ eindeutig zugeordnete Zuständigkeitsbereiche der Beratungslehrer/innen an den Schulen, der Berater/innen der Agenturen für Arbeit und der Integrationsfachdienste, der Ausbildungsberater/innen der Kammern, der Berater/innen in Jugend- und Sozialämtern. Der inhaltliche und regionale Steuerungs- und Koordinierungsbedarf nimmt zu. Daraus ergeben sich neue Chancen, die individuellen Beratungsbedarf stärker als bisher in den Mittelpunkt zu stellen und die spezifischen Lebenslagen

und Bedarfe von Frauen mit Behinderung neu zu thematisieren.

Auch Selbsthilfeverbände sind auf dem Weg, einen Blick für geschlechterbezogene Dimensionen in der eigenen Arbeit zu entwickeln und in die politische Diskussion einzubringen. Von Interessenvertreterinnen, Selbsthilfegruppen und Frauennetzwerken wird eine „Trendwende“ gefordert: Frauenförderung soll zu einer selbstverständlichen Leistung aller an der Rehabilitation Beteiligten werden. Die Umsetzung von „Beteiligung“ brauche neben einer verbesserten finanziellen Ausstattung von Selbsthilfeinitiativen und Netzwerken vor allem neue Formen eines kooperativen Umgangs zwischen Rehabilitationsträgern/Einrichtungen und Betroffenen.

Empfehlungen:

Anzustreben ist ein institutionenübergreifendes, auf die Biografie der Frauen und ihren sozialen Kontext bezogenes Übergangsmanagement, das Beratung und Begleitung aus einer Hand anbietet. Für solcherart integrierte Beratungsstellen sind die Integrationsfachdienste in besonderer Weise geeignet. Die Diskussionen um Casemanagement, wie sie zurzeit im Zusammenhang mit der Einführung der Job-Center diskutiert werden und im Rahmen des Modellprojektes Sozialagenturen in NRW erprobt wurden, sind hier aufzunehmen. Wesentlich ist ein Beratungsverständnis, dass auf Freiwilligkeit, Koproduktion und Potenzialnutzung der zu Beratenden setzt.

Die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen der Selbsthilfeverbände bzw. der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung ist zu aufzubauen. Selbsthilfegruppen und regionale Netzwerke von und für Frauen mit Behinderung müssen organisatorisch und finanziell unterstützt werden. Um betroffene Frauen und Selbsthilfeinitiativen systematischer als bisher an der Entwicklung von Empfehlungen und Konzepten zu beteiligen ist es notwendig, eine Kostenerstattung für ehrenamtliche Arbeit zu ermöglichen und Leistungen für persönliche Assistenz und Fahrdienste weniger restriktiv als bisher zu genehmigen. Notwendig ist dazu auch eine verstärkte Zusammenarbeit der Fachdienste der Werkstätten, der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke mit den Integrationsfachdiensten und regionalen Netzwerken im Lebensumfeld (Sozialraum) der Frauen.

Die in den Regionen bestehenden Beratungs-, Bildungs- und Jugendhilfeeinrichtungen müssen auf die Zielgruppen Mädchen und Frauen mit Behinderung aufmerksam gemacht werden und ihre Angebote für sie öffnen. Zum Beispiel: Einbeziehung bei regionalen Berufsbildungsmessen, dem Girls Day, geschlechterbezogenen Angeboten der offenen Kinder- und Jugendarbeit, Frauenkulturwochen, Lernfesten etc.

6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu geschlechterdifferenzierender Datenerfassung

Die Datenlage für eine geschlechterdifferenzierende Beschreibung der Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern mit Behinderung ist immer

noch unbefriedigend, darauf verwies zuletzt die LIVE-Studie (vgl. Eiermann/Häußler/Helfferich 1999), und vor dieser Veröffentlichung konstatierten diesen Tatbestand zahlreiche andere Studien. Repräsentative Daten für das Bundesgebiet werden bisher über den Mikrozensus, die Schwerbehindertenstatistik und die Bundesagentur für Arbeit regelmäßig nach Geschlecht differenziert erhoben, doch diese Daten sind nicht miteinander vergleichbar. Die aktuellsten Zahlen aus dem Mikrozensus liegen für 2003 vor. In der Schwerbehindertenstatistik werden nur jene Frauen und Männer berücksichtigt, denen ein Grad der Behinderung von 50 oder mehr zuerkannt wurde. Die Statistiken, die in den Arbeitsagenturen geführt werden, erfassen nur diejenigen Frauen, die sich an die Arbeitsagenturen wenden, bzw. für die die Bundesagentur für Arbeit der zuständige Rehabilitationsträger ist. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen verweist in ihren Jahresberichten auf die Daten des Statistischen Bundesamtes bzw. der Agentur für Arbeit. In den Veröffentlichungen der Integrationsfachdienste werden Daten zu Fallzahlen (Vermittlung, Beratung), Leistungen an Arbeitgeber, Frauen und Männern mit Schwerbehinderung, sowie zu Kündigungsarten und Kündigungsgründen nach Geschlecht differenziert erfasst. Entsprechende geschlechterdifferenzierende Statistiken in Bezug auf weitere (personenbezogene) Merkmale liegen nicht vor: Art der Behinderung, Alter, Nationalität, berufliche Voraussetzungen/Entwicklungen, Beschäftigungsbereiche, Einkommenssituation. Insbesondere fehlen auch differenzierte Daten zu Frauen mit Kinderbetreuungspflichten.

Wie viele junge Frauen und Männer mit Behinderung in Ausbildung und/oder Arbeit gelangen/werden – darüber liegen keine zuverlässigen Zahlen vor. Erfasst werden die Absolvent/innen von Sonderschulen; Jugendliche mit Behinderungen aus Regelschulen werden nicht erfasst.

Ebenfalls werden bisher Daten zum Verbleib der in den allgemeinen Arbeitsmarkt Vermittelten nicht systematisch geschlechter- und behinderungsdifferenziert erfasst.

Empfehlungen:

Sinnvoll wäre eine gemeinsame Empfehlung aller an der Rehabilitation beteiligten Einrichtungen und Träger zur geschlechterdifferenzierten Erfassung von Daten. Wesentlich wäre eine Verständigung über zu erhebende Merkmale, neben dem Merkmal Geschlecht in jedem Fall: soziodemografische Daten zu Alter, Nationalität, Familienstand und Betreuungspflichten, Art der Behinderung, Alter bei Eintritt der Behinderung. Je nach Handlungsfeld sind darüber hinaus relevant: Wohnform, Schulbildung, Berufsausbildung, bisherige berufliche Tätigkeiten, bisherige Qualifizierungen/Umschulungen.

Die Erfassung der Daten allein wird keine Veränderung in der Beratungs- und Qualifizierungspraxis sowie in Betrieben erbringen. Aber erst auf Basis einer solchen geschlechterdifferenzierenden Datengrundlage lassen sich Planungsempfehlungen entwickeln. Notwendig sind die Interpretation der Daten und ein breiter Diskurs über notwendige Interventions- und Veränderungsstrategien, die Frauen mit Behinderung tatsächliche gleichberechtigte berufliche und gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen.

**Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Sozialgesetzbuchs IX
– Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –**

**Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter
Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines
individuellen Bedarfs an Leistungen**

Bericht der IMBA Consulting GmbH

Verfasser: A. Kleffmann
Ch. Rexrodt
F. Luschei
K. Wrogemann
P. Eckerstorfer
M. Hofbauer

30. Juni 2004

IV. **Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des SGB IX „Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen“ (Zusammenfassung)**

Die frühzeitige Intervention bei Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen oder Risiken, die das Arbeitsverhältnis bzw. die Weiterbeschäftigung am bisherigen Arbeitsplatz infrage stellen, findet in Deutschland derzeit in einem nicht ausreichenden Maße statt. In der Regel herrscht das Motto „Arbeiten bis es nicht mehr geht“. Am Ende steht häufig die Arbeitsunfähigkeit mit schwerwiegenden, mitunter chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Bei rechtzeitiger Einleitung von Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit hätte in vielen Fällen dieser Zustand vermieden werden können. Eine Grundvoraussetzung für frühzeitige und vor allem rechtzeitige Intervention ist das Vorhandensein eines geeigneten Systems zur Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe. Um ein solches System zu ermöglichen, bedarf es Strukturen der Kommunikation, die einen reibungslosen Informationsfluss ermöglichen. In diesen Strukturen kommt insbesondere Haus- und Betriebsärzten besondere Bedeutung zu. Sie stehen mit dem betroffenen behinderten oder von chronischer Erkrankung und Behinderung bedrohten Menschen in unmittelbarem Kontakt und stellen mit ihm die Hauptknotenpunkte in einem Netzwerk dar, welches Beschäftigte und deren Vertreter, Arbeitgeber, Betriebs-, Haus- und Fachärzte sowie Träger und Verbände mit dem Ziel zusammenbringt, drohenden Erkrankungen und Behinderungen möglichst frühzeitig entgegenzuwirken.

Fragestellungen und Ziele der Untersuchung

Im Rahmen der Fragestellungen zum Projekt sollte v. a. geklärt werden, wie der aktuelle Stand der Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen eingeschätzt werden kann. Die Kenntnis über die fördernden und hemmenden Faktoren für Vernetzung sollte dann aufzeigen, durch welche Maßnahmen Vernetzung gestärkt werden kann, wodurch dann eine positive Beeinflussung der Auswirkungen von Vernetzung möglich wäre.

Die Vielzahl dieser Fragen wurde sachlogisch geclustert und den folgenden sieben Hauptfragestellungen zugeordnet.

1. Wie kann Vernetzung beschrieben werden und wo sind Vernetzungsmodelle beobachtbar?
2. Wie kann betriebsärztliche Versorgung und deren besondere Bedeutung zur Vernetzung betrieblicher und ambulanter Strukturen beschrieben und eingeschätzt werden?
3. Lassen sich Signale beschreiben, die Hinweise auf Handlungsbedarf geben und an welchen Stellen treten diese Signale auf?
4. Welche Instrumentarien werden genutzt, um die beschriebenen Signale aufzufangen?

5. Welche Rollen und Funktionen können Haus- und Fachärzte sowie andere Akteure des ambulanten Systems in einer vernetzten Struktur einnehmen?
6. Welche fördernden und hemmenden Faktoren der Gesundheitsförderung und der Vernetzung (Motive) sind identifizierbar?
7. Welcher Regelungsbedarf ergibt sich aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen?

Für die Beschreibung des aktuellen Standes der Vernetzung und die Generierung von Vernetzungsmodellen („models of good practice“) sollten dabei möglichst repräsentative Aussagen für Deutschland gewonnen werden. Hierzu wurden entsprechende quantitative Untersuchungen durchgeführt. Darüber hinaus galt es, einzelne Vernetzungsstrukturen möglichst genau und detailliert zu beschreiben („examples of good practice“), was mit vertiefenden Befragungen und qualitativen Interviews erreicht wurde.

Durchführung der Untersuchung

Für die Durchführung der Untersuchung wurde ein Multi-Methoden- und Multi-Perspektiven-Ansatz verwendet. Das Spektrum der Methoden reichte von sekundärstatistischen Datenanalysen (z. B. über die Betriebsstätten in Deutschland) über qualitative Analysen (z. B. gering strukturierte Interviews) bis zur Befragung mehrerer repräsentativer Stichproben mittels standardisierter Erhebungsinstrumentarien.

Die quantitativen Untersuchungen wurden mit standardisierten Erhebungsinstrumentarien an repräsentativen Stichproben durchgeführt. Die für Deutschland repräsentativen Stichproben konnten durch die Zusammenarbeit mit TNS INFRATEST für eine Betriebsbefragung (N = 650), Arbeitnehmerbefragung (N = 1 000) und die Befragung von niedergelassenen Ärzten (N = 153; Hausärzte und Orthopäden) generiert werden. Für die Befragung von Betriebsärzten wurde eine annähernde Zufallsstichprobe (N = 552) aus den Mitgliedern des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) gezogen.

Anschließend an die quantitativen Untersuchungen wurden vertiefende Befragungen (N = 23) v. a. mit einem Teil der Untersuchungsteilnehmer durchgeführt. Hierbei galt es, aus den Daten beobachtete oder vermutete Vernetzungsmodelle möglichst genau zu beschreiben.

Darüber hinaus wurden qualitative Interviews (N = 58) mit relevanten Akteuren aus dem Spektrum der SGB IX-Träger, Leistungserbringer, Berufs- und Standesvertreter, Forschungsinstitute und Teilnehmer an Rehabilitationsmaßnahmen sowie weiteren Personalverantwortlichen aus Betrieben durchgeführt. Hiermit sollten v. a. auch bislang nicht berücksichtigte Perspektiven thematisiert und die Interviewergebnisse in die Beantwortung der Fragestellungen integriert werden.

Die quantitativen und qualitativen Untersuchungen wurden im Zeitraum vom September 2003 bis Mai 2004 durchgeführt.

zu 1. Wie kann Vernetzung beschrieben werden und wo sind Vernetzungsmodelle beobachtbar?

Vor der Beschreibung der Vernetzung war zunächst einmal festzustellen, wie häufig die vier Befragungsgruppen von bestehenden Netzwerken berichten. Die empirischen Ergebnisse hierzu zeigen, dass Vernetzung ein eher „seltenes Ereignis“ ist. Von den 650 Personalverantwortlichen geben lediglich 1,7 Prozent an, dass ihr Betrieb einem „Netzwerk zur Gesundheitsförderung“ angehört. Von den 1 000 befragten Mitarbeitern sind es 31 (3,1 Prozent). Noch geringer sind die Quoten bei den niedergelassenen Ärzten (2,6 Prozent; vier von 153). Die Betriebsärzte berichten mit 18,8 Prozent am häufigsten von bestehenden Netzwerken.

Zur Beschreibung der Netzwerke wurde danach gefragt, wer sonst noch zu den genannten Netzwerken gehört. Die Analyse der zusammengefassten Antworten kann darüber hinaus die hohen Netzwerkquoten der Betriebsärzte erklären: Wenn es ein Netzwerk gibt, dann sind Betriebsärzte (73 Prozent), Vertreter der Berufsgenossenschaften (74 Prozent) und der Krankenkassen (84 Prozent), andere Akteure des betrieblichen Gesundheitsschutzes (79 Prozent) und der Betriebsrat (90 Prozent) auch häufig Mitglied in diesem Netzwerk. Hausärzte (24 Prozent), Orthopäden (28 Prozent) und Vertreter der örtlichen Servicestellen (23 Prozent) spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Unabhängig von der formalen Netzwerkzugehörigkeit wurden die Betriebe danach gefragt, zu welchen – in unserem Zusammenhang wichtigen – Akteuren sie Kontakte aufweisen. Diese Kontakte könnten einerseits dazu genutzt werden, die Anzahl von Netzwerken zu erhöhen und andererseits könnte ein bereits jetzt „bewährter“ Kontaktpartner ggf. auch Kristallisationspunkt für ein Netzwerk sein. Die Zahlen sind jedoch ernüchternd: Weniger als 10 Prozent der Betriebe geben Kontakte zu Krankenversicherungsträgern (8 Prozent) und Hausärzten (7,4 Prozent) an. Selbst Kontakte der Mitarbeiter zu Orthopäden (5,2 Prozent) werden häufiger genannt als Kontakte zu Kammern/Innungen (2,6 Prozent).

Die wichtigste Rolle zum Aufbau eines Netzwerkes scheinen somit noch die Betriebsärzte einnehmen zu können, da zu diesen noch am häufigsten Kontakte bestehen (47,4 Prozent aller Betriebe geben diese an).

Allerdings kann aus bestehenden Kontakten jedoch noch nicht geschlossen werden, dass diese dann auch dazu geeignet sind, einen individuell drohenden Handlungsbedarf bereits frühzeitig zu erkennen. Dann müsste die Anzahl von Kontakten relativ groß sein. Diese Kontakthäufigkeiten wurden zwischen den vier Befragungsgruppen untersucht. Nur 1,3 Prozent der Mitarbeiter berichten beispielsweise davon, dass ihr Hausarzt mit ihrem Betriebsarzt über den möglichen Zusammenhang ihrer Erkrankung mit der Arbeitstätigkeit gesprochen hätte.

Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Von Gesundheitsnetzwerken sprechen Betriebe, die ein Gesundheitsmanagement, geleitet von einem Betriebsarzt, haben. In zwei Betrieben ist es der Schwerbehinder-

tenvertreter, der ein internes und externes Gesundheitsnetzwerk aufgebaut hat. Neben dem Betriebsarzt und der Schwerbehindertenvertretung sind an den Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung die Vorgesetzten, die Personalentwicklung (Personalabteilung), die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsrat, die Sozialberatung (Personalabteilung, Sozialarbeiter), das Integrationsamt sowie externe Ärzte beteiligt. Darüber hinaus gibt es eine Zusammenarbeit mit den Trägern der Sozialversicherung (zuständige Berufsgenossenschaften, regionale Krankenkassen/Betriebskrankenkassen, regionale LVA). Diese sind u. a. an der Umsetzung spezieller Projekte beteiligt.

Der Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements setzt die Bereitschaft der Unternehmensführung voraus. Die Verantwortlichkeit im Betrieb obliegt der Führungsebene. Im Unternehmensleitbild werden die Gesundheit der Mitarbeiter, die Prävention und Rehabilitation sowie die Integration von leistungsgewandelten und behinderten Mitarbeitern als Unternehmensziel formuliert. Darüber hinaus werden Schritte zur Erreichung dieser Ziele definiert und entsprechend organisiert. Die notwendigen strukturellen Voraussetzungen innerhalb des Unternehmens werden geschaffen. Die Integration behinderter und gesundheitlich beeinträchtigter Menschen ist Bestandteil der Personalentwicklung. Die Unternehmensführung benennt Verantwortliche und macht diese den Mitarbeitern mit den jeweiligen Aufgaben bekannt. Für die Umsetzung der definierten Ziele gibt es ein eigenes Budget sowie verbindliche schriftliche Vereinbarungen.

Auch ohne vernetzt zu sein, finden sich in vielen Betrieben Strukturen, die durch eine gezielte Anwendung einzelner Maßnahmen und Instrumente, die Früherkennung von Krankheiten ermöglichen. Festgelegte Ansprechpartner kooperieren hierzu mit dem Hausarzt.

zu 2. Wie kann betriebsärztliche Versorgung und deren besondere Bedeutung zur Vernetzung betrieblicher und ambulanter Strukturen beschrieben und eingeschätzt werden?

Weil die Betriebsärzte eine besondere Rolle in Netzwerken und für die betriebsnahe Betreuung von Mitarbeitern einnehmen, wurden die Personalverantwortlichen gefragt, ob ihr Betrieb eine betriebsärztliche Betreuung aufweist und in welchen zeitlichen Abständen der Betriebsarzt im Betrieb ist. Wenngleich dies auch aus den Vorgaben zu den Betreuungszeiten theoretisch ableitbar wäre, sind uns keine Untersuchungen bekannt, bei denen dies einmal repräsentativ erfragt worden wäre. Die Daten zeigen, wie lückenhaft die Versorgung v. a. in kleineren und mittleren Betrieben eingeschätzt werden muss. Gerade diesen Betrieben steht (nicht nur) das Vernetzungspotenzial eines Betriebsarztes systematisch nur sehr eingeschränkt zur Verfügung.

Wird Mitarbeitern eine äquivalente Frage gestellt, berichtet nur jeder Vierte (23 Prozent), dass der Betriebsarzt einmal im Monat oder häufiger im Betrieb ist. 36,5 Prozent geben an, dass es in ihrem Betrieb gar keine Betreuung gibt.

Tabelle 5

Differenzierung betriebsärztlicher Betreuung der untersuchten Betriebe und Mitarbeiter

Größenklasse des Betriebs (Anzahl der Beschäftigten)			
	1 (bis 19)	2 (50 bis 199)	3 (> 500)
Betriebe mit zumindest monatlicher Betreuung	1,50 %	9,14 %	74,00 %
Betriebe, die eine vierteljährliche oder halbj. Betreuung haben	6,02 %	45,18 %	16,00 %
Betriebe mit einer jährlichen oder selteneren Betreuung	19,30 %	23,35 %	4,00 %
Betriebe ohne Betreuung	73,18 %	22,34 %	6,00 %

Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Innerhalb der vorgeschriebenen Einsatzzeiten bleibt den befragten Betriebsärzten, die nicht Angestellte des Betriebes sind, wenig Raum, über die gesetzlichen Pflichten hinaus (arbeitsmedizinischen Untersuchungen, Arbeitsschutzausschuss, Arbeitsplatzbegehungen), theoretische Konzepte zur Erkennung eines frühzeitigen Bedarfs an Leistungen, effektiv in die Praxis umzusetzen.

Die Betriebsärzte bieten den Betrieben, den betrieblichen Bedingungen entsprechend, Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung an. Maßnahmen zur Integration gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter werden meist von den direkten Vorgesetzten und der Personalabteilung unter Hinzuziehung des Integrationsamtes, dem zuständigen Träger und vermutlich dem Hausarzt verwirklicht. In manchen Betrieben wird der Betriebsarzt beteiligt.

Nach der Einschätzung befragter Betriebsärzte ist jedoch die spezielle Beurteilungsfähigkeit des Betriebsarztes über die individuellen Arbeitsbedingungen des Mitarbeiters nicht mit der subjektiven Beurteilung Externer zu kompensieren.

Für einen Betriebsarzt, der in einem Betrieb angestellt ist, bieten sich aufgrund der vernetzten Strukturen weitaus mehr Möglichkeiten, ganzheitliche Konzepte oder gezielte Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, in seine betriebsärztliche Tätigkeit zu implizieren.

zu 3. Lassen sich Signale beschreiben, die Hinweise auf Handlungsbedarf geben und an welchen Stellen treten diese Signale auf?

Zu den relativ validen Signalen zur Früherkennung eines möglichen Handlungsbedarfs werden v. a. medizinische Indikatoren wie z. B. der Blutdruck und der Cholesterinspiegel gezählt. Solche objektiven Maße konnten im Rahmen der Untersuchung nicht berücksichtigt werden. Vielmehr waren subjektive Einschätzungsmaße, z. B. das Ausmaß der Belastung durch die Arbeit und andere psychosoziale Indikatoren, von Bedeutung. Lediglich bei der Mitarbeiterbefragung konnte der Indikator „Anzahl der Erkrankungen“ und „Anzahl der krankheitsbedingt fehlten Arbeitstage“ erhoben werden. Was die Anzahl

der Erkrankungen angeht, so geben Mitarbeiter aus vernetzten Betrieben ähnliche Werte an wie Mitarbeiter, deren Betrieb nicht einem Netzwerk angehören. Anders bei der Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag: Mitarbeiter aus nicht vernetzten Betrieben geben Krankheits-tage an, die um den Faktor 1,7 bis 2,5 höher liegen. Damit deutet sich ein systematischer Vorteil der vernetzten Betriebe an.

Insgesamt wird die Gesundheit der Mitarbeiter von der überwiegenden Mehrzahl der Betriebsärzte (89,8 Prozent) als „gut“ eingeschätzt. Bei den niedergelassenen Ärzten sind dies weniger (69 Prozent). Von diesen sind 28 Prozent der Meinung, dass die Gesundheit ihrer arbeitenden Patienten „schlecht“ ist. Die Gesundheit könnte jedoch ihrer Einschätzung nach verbessert werden, da gesundheitsbewusstes Verhalten die Gefahr von Erkrankungen deutlich senkt.

Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Neben der durch einen niedergelassenen Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit wurde das subjektive Empfinden oder die Beobachtung des Vorgesetzten und des Betriebsarztes, von auffälligem Verhalten eines Mitarbeiters (etwa Unsicherheiten auf dem Gerüst, Konzentrationsmangel), als Signal für einen möglichen Handlungsbedarf genannt. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse aus den arbeitsmedizinischen Untersuchungen und den Gesundheitschecks, im Rahmen von Kampagnen zur Früherkennung von Krankheiten (Krankenkassen), auf einen möglichen Handlungsbedarf hin.

zu 4. Welche Instrumentarien werden genutzt, um die beschriebenen Signale aufzufangen?

Signale eines drohenden Handlungsbedarfs müssen nicht nur vorhanden sein, sondern in den Betrieben auch „aufgefangen“ werden. Hierzu wurden eine Reihe von Instrumentarien genannt, von denen die Personalverantwortlichen angeben sollten, ob diese im Betrieb angewendet werden. Die Analysen zeigen, dass Instrumentarien mit einer deutlich präventiven und individuumsbezogenen Ausrichtung (z. B. spezielle Informations- und Meldesysteme zur Früherkennung von Krankheiten bzw. Erkrankungen)

seltener angewendet werden, als die eher „konventionellen“ (z. B. Analyse der Fehlzeiten von Mitarbeitern). Der Vergleich zwischen vernetzten und nicht vernetzten Betrieben zeigt deutliche Unterschiede auf: vernetzte Betriebe setzen mehr Instrumentarien ein.

Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Etablierte Strukturen innerhalb des Unternehmens sorgen dafür, dass die Mitarbeiter mit Beginn gesundheitlicher Beeinträchtigungen erkannt und aufgefangen werden können. Spätestens eine wiederholte Arbeitsunfähigkeit von längerer Dauer gibt Anlass, die Ursachen der Erkrankung des Arbeitnehmers herauszufinden.

Neben einer Vielzahl von Instrumenten die angewendet werden können, sind Gesundheitsgespräche die besten Indikatoren zur Früherkennung von Krankheiten. Hierzu bedarf es der Bildung einer vertrauensvollen Atmosphäre.

zu 5. Welche Rollen und Funktionen können Haus- und Fachärzte sowie andere Akteure des ambulanten Systems in einer vernetzten Struktur einnehmen?

Angesichts ihrer medizinischen Kompetenz zur Früherkennung und Behandlung von Krankheiten könnten Haus- und Fachärzte eine herausgehobene Rolle in einer vernetzten Struktur einnehmen. Allerdings zeigt sich, dass die Kommunikation mit den anderen potenziellen Netzwerkakteuren nur sehr gering ausgeprägt ist. Die Stärkung dieser Kommunikation wäre jedoch die Aufgabe aller potenziellen Partner.

Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Die Mitarbeiter sprechen bei gesundheitlichen Beschwerden mit ihrem Hausarzt, haben aber eine positive Einstellung gegenüber dem Betriebsarzt. Einer Kooperation zwischen Hausarzt und Betriebsarzt, ggf. anderer vertrauenswürdiger Akteure, würden sie zustimmen, wenn sie zuvor über Sinn und Zweck der Kooperation sowie der einzuleitenden Maßnahmen informiert wurden.

zu 6. Welche fördernden und hemmenden Faktoren der Gesundheitsförderung und der Vernetzung (Motive) sind identifizierbar?

Auf der Grundlage der empirischen Daten konnten eine Reihe von fördernden und hemmenden Faktoren identifiziert werden, die im Zusammenhang mit der Vernetzung stehen. Aus diesen Ergebnissen konnten Vernetzungsmodelle skizziert werden. Sie zeigen, dass es nicht „den“ Faktor gibt, der entscheidet, ob Vernetzung stattfindet oder nicht. Vielmehr ist es offensichtlich die Kombination von einzelnen Variablen, die die Vernetzung begünstigen oder erschweren. Gemäß der Mitarbeiterbefragung fördert offensichtlich die Zugehörigkeit zu einem großen Betrieb und die tägliche Anwesenheit des Betriebsarztes die Vernetzung. Darüber hinaus wird die Gesundheit der Mitarbeiter von den Betrieben als ein wichtiges Gut erachtet. Wenn Vernetzung stattfindet, hat dies offensicht-

lich positive Auswirkungen auf psychosoziale Be- und Entlastungsfaktoren.

Vertiefungen aus den qualitativen Interviews

Erlaubt es die wirtschaftliche Lage des Betriebes, einen Beauftragten mit den Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung zu betrauen, wissen die Betriebe um den ökonomischen Nutzen, in die Gesundheit der Mitarbeiter zu investieren.

Das Vorhandensein eines Koordinators (Kümmerer), der die in Aufgaben und Zuständigkeiten definierten Kompetenzbereiche am Einzelfall orientiert koordiniert, begünstigt den Aufbau eines innerbetrieblichen Netzwerkes.

Die interne Kommunikation über die betriebliche Gesundheitsförderung ermöglicht den Mitarbeitern, eine positive Absicht des Betriebes zu erkennen. Mitarbeiter, die über die Bedeutung der Maßnahmen, die Aufgabe des Betriebsarztes sowie über die betrieblichen Aktivitäten informiert sind, fühlen sich einbezogen und motiviert am Erreichen der Ziele mitzuwirken.

Das Wissen um die speziellen fachlichen Kompetenzen und die spezifischen Aufgaben der verschiedenen Bereiche fördert die Bereitschaft und die Motivation der Akteure sich untereinander zu vernetzen. Zudem ist es förderlich, wenn alle zu beteiligenden Akteure der systematisierten Bereiche (Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt, Hausarzt, im Betrieb Verantwortliche) ein gemeinsames Verständnis entwickeln und eine einheitliche Definition von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation vornehmen.

Bonussysteme bieten den unterschiedlichen Akteuren einen finanziellen Anreiz, sich an der Umsetzung der betrieblichen Maßnahmen zu beteiligen.

Etablierte Strukturen innerhalb eines Systems basieren oftmals auf dem Engagement einzelner Personen. Akteure, die sich der Vernetzung und Kooperation verschließen, können oftmals auch unter größeren Bemühungen – auf freiwilliger Basis – nicht erreicht werden.

zu 7. Welcher Regelungsbedarf ergibt sich aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen?

Die derzeitigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden häufig als ein problematischer Aspekt für den Austausch von Informationen in Netzwerken genannt. Diese Frage wurde auch in den empirischen Befragungen thematisiert. Die Ergebnisse zeigen, dass aus Sicht der Personalverantwortlichen und der Betriebsärzte der Informationsaustausch vom und zum Arzt jedoch nicht so stark behindert wird, wie dies angenommen wurde. Mehr als die Hälfte der Befragten stimmt der entsprechenden Frage nicht oder gar nicht zu. Bei den niedergelassenen Ärzten sind dies drei Viertel aller Befragten.

Sofern der notwendige Informationsaustausch zwischen den Beteiligten jedoch einmal durch die Bestimmungen des Datenschutzes behindert würde, wären die befragten Mitarbeiter in erheblichem Ausmaß dazu bereit, eine

Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe zu geben. Wenn der Adressat ein anderer Arzt ist, dann sind knapp die Hälfte (44,5 Prozent) hierzu bereit und ein weiteres Viertel (24,2 Prozent), wenn sie hieran beteiligt würden („unter ganz bestimmten Umständen“). Niedrige Zustimmungsraten (6,8 Prozent) erhalten die Betriebe als Adressaten für die Informationen. Unter Beteiligung sind weitere 22,6 Prozent zum Informationsaustausch bereit. Offensichtlich werden die Arztgruppen als wesentlich vertrauenswürdiger eingeschätzt.

Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen zu einer Verbesserung der Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen orientieren sich an dem Aufzeigen von Möglichkeiten und Wegen zur Förderung der Netzwerkbildung für potenziell daran beteiligte Akteure. Hierbei steht das Schaffen von win-win-Situationen für miteinander kooperierende Personen und Institutionen im Vordergrund, wenngleich die Förderung der Herstellung einer erwünschten Vernetzungsstruktur nicht ohne das Einfordern dafür zu erbringender Eigenbeiträge der daran Beteiligten erreichbar sein wird.

Neben den Erkenntnissen der qualitativen Analyse und den Ergebnissen der durchgeführten Expertenbefragungen sind die Impulse eines im Rahmen des Projekts durchgeführten Expertenworkshops die Grundlage der Empfehlungen. Da sich demzufolge noch deutlich erkennbare Defizite der bisherigen Kooperations- und Akteursbeziehungen thematisieren lassen, werden im Folgenden genannte Empfehlungen und angedachte Maßnahmen zu einer Verbesserung der Akteursrolle der jeweils eigenständigen Netzwerkpartner aus dem Defizitansatz heraus formuliert.

Eine grundlegende Empfehlung an den Gesetzgeber ist die Initiierung von gesundheitspolitischen Kampagnen. Darüber hinaus sind Bonus-/Malusysteme zu implementieren und ggf. durch entsprechende Kontroll- und Interventionsmaßnahmen flankierend tätig zu werden. Schließlich ist die Überprüfung der Wirksamkeit politisch gesteuerter Initiativen im Rahmen einer Evaluierung anzuraten.

Betriebe als Netzwerkpartner

Jedes Unternehmen soll zukünftig in die Lage versetzt werden, über einen „Kümmerer“ als verantwortliche Person zu verfügen, die in Gesundheitsfragen Schnittstelle im Betrieb und zugleich Ansprechpartner im Sinne einer auskunftsgibenden und auskunftsberechtigten Person nach außen hin zu Haus-, Fachärzten, Krankenkassen, Integrationsamt etc. sein kann. Darüber hinaus soll diese Person in der Lage sein, das Eingliederungsmangement betreiben bzw. koordinieren zu können und an Integrationsvereinbarungen mitzuwirken. Die hierfür zu vermittelnden Inhalte erfordern entsprechende Beratungskonzepte, die ggf. noch zu entwickeln wären.

Kammern und Innungen sind als wirtschaftlich beratend nahe stehende Interessenvertreter der KMU auch zunehmend in die Rolle als Berater in Fragen des Gesundheitsschutzes, bei der Integration von Behinderten am Arbeitsplatz² sowie im Hinblick auf ein wirksames Ausgliederungsverhinderungsmanagement mit einzubeziehen und sollen einen „Kümmerer“ stellen oder auf betrieblicher Ebene beraten und qualifizieren.

Es gilt, den Bekanntheitsgrad der Servicestellen durch geeignete PR-Maßnahmen zu erhöhen und als Ansprechpartner für Betriebe zu öffnen. Flankierend ist die Nähe der Servicestellen als Kooperationspartner von Kammern und Innungen herzustellen.

Der Betriebsarzt als Netzwerkpartner

Zur Steigerung der Durchsetzungsfähigkeit angeraten wären gesetzliche Vorgaben, nach denen Betriebsärzte ein verstärktes Mitspracherecht bei der Gestaltung betrieblicher Krankheitsprävention erhielten.

Eine Vergütungsregelung für die Netzwerkarbeit wäre zu entwickeln oder in den Kontext der bereits bestehenden Honorierung für betriebsärztliche Leistungen zu integrieren. Vorstellbar wäre ein durch die Sozialversicherungsträger fondfinanziertes Modell, aus dem zusätzliche betriebsärztliche Einsatzzeiten zur Realisierung von Konzepten zur Früherkennung eines individuellen Handlungsbedarfs finanziert werden.

Zur Beseitigung des Imageproblems der Betriebsärzte gegenüber anderen Ärztegruppen, zum Teil auch bei den Beschäftigten, sind die verschiedenen Standesorganisationen und Verbände in der deutschen Ärzteschaft in die Pflicht zu nehmen.

Der Hausarzt als Netzwerkpartner

Die Stärkung der Rolle des Hausarztes als Lotse unter dem Aspekt der Vernetzung, ist zu fördern. Als gesundheitspolitisch bedeutend wird die Verstärkung der Verpflichtung zur Kontaktaufnahme mit Betriebsärzten gesehen. Diese sollte gesetzlich geregelt werden. Eine angemessene finanzielle Vergütung für einen verstärkten patientenbezogenen Informationsaustausch und des Verwaltungsmehraufwands sowie eine Vergütung von Aufwendungen für die lokale/regional ausgerichtete Netzwerkarbeit ist vorzusehen.

Empfohlen wird die Initiierung einer Kampagne im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zur Stärkung der Hausarztrolle als Partner der Betriebsärzte und Unternehmen, ggf. gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, um bei Betriebsärzten, Unternehmern wie Arbeitnehmern mehr Aufmerksamkeit zu erhalten.

² Vereinzelt übernehmen die Handwerkskammern bereits diese Aufgabe in Kooperation mit anderen Partnern, siehe z. B. das von 1996 bis 2000 laufende Modellprojekt der Hauptfürsorgestelle des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und der Handwerkskammer Münster zur Integration von Schwerbehinderten in das Handwerk (Möllering & Stür 2000).

Hausärzte sind stärker zur Nutzung von Fortbildungsangeboten mit arbeitsmedizinischer Thematik anzuregen.

Der niedergelassene Facharzt als Netzwerkpartner

Die Bereitschaft, den medizinisch bedingten Informationsaustausch zu fördern, bedarf neben einer Bewusstseinsbildung auch hier wieder finanzieller Anreize. Denkbar wäre ein Bonussystem für Fachärzte als auch für dafür offene Betriebe mit präventiver Ausrichtung, die betriebliche Maßnahmen durchführen bzw. unterstützen.

Datenschutz

Durch die vonseiten der Patienten recht bereitwillig erteilten Einverständniserklärungen zur Befreiung von der Schweigepflicht, besteht kein Handlungsbedarf seitens des Gesetzgebers, da die bestehenden Regelungen zur Schweigepflicht für die Netzwerkbildung und dessen Funktionieren keine entscheidende Hürde darstellen.

Unterstützende Initiativen und Kampagnen

Die Herausstellung von win-win-Situationen ist mit werbewirksamen Aktionen und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zu forcieren. Hierbei sind einfache und prägnante Botschaften zu bevorzugen und geeignet zu platzieren. Zu denken wäre bei der Ansprache von Betrieben an kurze Fernsehspots sowie Plakataktionen an exponierten Stellen.

Forschungsbedarf, Evaluation und Qualitätskontrolle – zukunftsweisende Anregungen

Ausgehend von bislang eher nur sporadischer Netzwerkbildung und noch weitgehend nicht vorhandener Systeme zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs an Leistungen, ist die Forschung zur Evaluation von Netzwerken, zur Erkennung von Frühwarnsignalen und zur Schaffung von Beratungsstandards, die die Vorgaben und Möglichkeiten des SGB IX in die betriebliche Ebene transportieren, zu fördern.

