

Gesellschaftliche Entwicklungen

Rehabilitation ist eine Investition in die Zukunft

von Prof. Dr. Joachim Breuer, Präsident Internationale
Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS)

An zwei Tagen in der Woche fährt Kristina Vogel zum Reha-Training ins Unfallkrankenhaus Berlin. Sie macht sich warm und steigt in den Spacecurl, ein Gerät, das ihre Rumpfmuskulatur trainiert. Solche Details sind in Berichten über Vogels Leben nach ihrem Trainingsunfall zu lesen. Seit dem Unfall sitzt die Olympiasiegerin im Bahnradfahren im Rollstuhl. Kristina Vogel geht offensiv mit ihrer Geschichte um. Sie spricht über ihr neues Leben, über die Barrieren, die sie ärgern, und die kleinen alltäglichen Erfolge, die ohne eine gute Rehabilitation nicht möglich wären.

Kristina Vogel macht öffentlich, was die meisten Menschen in einer vergleichbaren Situation erleben: Rehabilitation ist unabdingbar, damit sie wieder teilnehmen können am Alltag. Rehabilitation ermöglicht ihnen eine höhere Lebensqualität. Diese Sätze hören sich heute selbstverständlich an. Aber noch vor wenigen Jahrzehnten galten rehabilitative Maßnahmen als überflüssige Investition.

Was hat diesen Sinneswandel bewirkt? Einen wesentlichen Impuls hat 2006 das „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-BRK) gegeben. Das grundlegende Ziel, das darin formuliert wird, ist die Inklusion in allen Lebensbereichen von der Barrierefreiheit bis zur Beschäftigung. Artikel 26 widmet sich explizit der Rehabilitation und Habilitation. Dort heißt es: „Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, (...) um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“

Bislang haben 160 Länder, darunter auch Deutschland, die Konvention unterzeichnet. Das bedeutet aber nicht, dass in all diesen Ländern die Inklusion schon erreicht wäre. Sie bleibt ein Ziel, an dessen Verwirklichung beständig gearbeitet werden muss. Das gilt auch für die Maßstäbe der Habilitation und Rehabilitation, die Artikel 26 ausführt. Wie es international tatsächlich um die Inklusion und Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen bestellt ist, zeigen einige

Zahlen, die Rehabilitation International (RI)¹ zusammengestellt hat: 82 Prozent aller Menschen mit Behinderung leben in Entwicklungsländern. Dort gibt es kaum barrierefreie Standards. So haben in Afrika nur ein bis zwei Prozent der Menschen mit Behinderung Zugang zu medizinischer Versorgung, Rehabilitation und Bildung. In Indien wiederum müssen Menschen mit Behinderung die Kosten für Hilfsmittel und Anwendungen selbst tragen. Das führt dazu, dass sie oft unterhalb der Armutsgrenze leben. Armut ist eine der größten Bedrohungen für Menschen mit Behinderung. Ein zentraler Grund dafür ist, dass sie daran gehindert werden, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Sei es durch natürliche Barrieren im öffentlichen Raum oder durch Vorurteile. Auch in Deutschland liegt die Arbeitslosenquote der Menschen mit Behinderung immer noch fast doppelt so hoch wie die der Menschen ohne Behinderung. Wer hieran etwas ändern will, der muss sich den Barrieren in den Köpfen zuwenden, und die sind oft härter als die aus Stein.

Dabei kann es sich keine Gesellschaft leisten, das Potenzial der Menschen mit Behinderung brach liegen zu lassen. Beschäftigung ist dabei – ebenso wie Bildung – ein Schlüssel zur Inklusion. Investitionen in Rehabilitation und Wiedereingliederung verbessern nicht nur das Leben der Betroffenen. Auch für Unternehmen und die Gesellschaft als Ganzes gilt: Jeder Euro, der in Beschäftigungsfähigkeit investiert wird, macht sich mehrfach bezahlt. In einer Studie² hat die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) zusammen mit ihren Partnern zeigen können: Sozialversicherungsträger erzielen durch erfolgreiche Arbeitswiedereingliederung („Return to Work“) für jeden in Rehabilitation investierten Euro eine Rendite von 2,90 Euro. Für Unternehmen liegt der Kosten-Nutzen-Faktor sogar bei 1 zu 3,7. Ein Argument, das für sich spricht.

Mit der Ausbildung zum zertifizierten Disability Manager³, die weltweit in 64 Ländern angeboten wird, steht zudem eine Struktur bereit, die eine qualitätvolle Wiedereingliederung als Schlussstein einer erfolgreichen Rehabilitation garantiert.

All diese Argumente können helfen, noch mehr Verantwortungsträger in Politik und Wirtschaft davon zu überzeugen, dass Rehabilitation eine notwendige und lohnende Investition in die Zukunft ist. Zu oft wird nur auf die kurzfristigen Kosten geschaut und nicht auf die mittel- und langfristigen Wirkungen einer gut etablierten Rehabilitation und Wiedereingliederung. Mit einem Blick, der am Tellerrand verharret, werden wir aber keine adäquaten Antworten finden auf die Bedürfnisse einer von Vielfalt geprägten Weltgemeinschaft.

1 <http://www.riglobal.org/>

2 https://www.issa.int/zh_CN/-/the-return-on-work-reintegration

3 <https://www.dguv.de/disability-manager/partner/index.jsp>

Bundesteilhabegesetz (BTHG) 2.0 – wie Digitalisierung das Leben sozialer machen kann

von Dr. Edlyn Höller, Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Genauso wie die Digitalisierung unseren Alltag verändert hat, verändert sie auch den Alltag von Menschen mit Behinderung. Nach einer Online-Umfrage der Aktion Mensch unter mehr als 600 Menschen mit Behinderung ist diese Gruppe überdurchschnittlich stark im Web aktiv. Demnach sind Menschen ohne Behinderung an etwa 5,1 Tagen pro Woche im Internet, bei Menschen mit einer Behinderung sind es rund 6,5 Tage pro Woche.¹ Das mag verwundern, ist aber eigentlich nur Ausdruck eines menschlichen Grundbedürfnisses: Interaktion mit anderen Menschen!

An der digitalisierten Welt teilzuhaben, ist integrationspolitisch von großer Bedeutung, denn gerade das Internet mit sozialen Netzwerken, barrierefreien Angeboten und 24/7 Erreichbarkeit bietet Menschen mit und ohne Behinderung einen Mehrwert an sozialer Teilhabe. Umso erstaunlicher, dass das Bundesteilhabegesetz zwar zum Ziel hat, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Sinne von mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung zu verbessern und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln,² das Wort „Digitalisierung“ aber nicht einmal vorkommt.

Wie modern kann ein Gesetz sein, das Digitalisierung als Aspekt von Teilhabe nicht mitdenkt? Dabei bietet gerade das Internet die Möglichkeit, dass Menschen mit Behinderung aktiv, vernetzt, informiert und damit auch kritisch interagieren können. Und das Smartphone könnte ein potentieller Türöffner für eine gleichberechtigte Teilhabe sein.

1 <https://www.einfach-fuer-alle.de/artikel/zahlen-und-fakten-zur-mobilen-barrierefreiheit/>

2 https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Umsetzung_BTHG/Gesetz_BTHG/Gesetz_node.html;jsessionid=4204BC103630EBE6207BB69840FEBC28.2_cid345

Digitale Helfer als Hilfsmittel?

Dazu müssten aber Angebote aus der analogen Welt in die digitale transformiert werden. Das hat zunächst einmal nichts mit einer inhaltlichen Veränderung von Prozessen zu tun. Sondern es geht darum, Inhalte zu verschieben. In der Verwaltung bedeutet das: Vom Papier in den Computer. Auf die soziale Teilhabe übertragen wären das zum Beispiel digitale Hilfsmittel, die den Alltag erleichtern.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Es geht nicht darum, Menschen mit Behinderungen in ihr häusliches Umfeld zu verbannen und vom öffentlichen Leben auszuschließen. Es geht darum, ihnen den Alltag zu erleichtern mit digitalen Angeboten, die es ihnen ermöglichen, das Leben möglichst selbstbestimmt und flexibel zu gestalten – im Übrigen gilt das auch für Menschen ohne Behinderungen. Eine App, die anzeigt, an welchen Bahnstationen die Aufzüge kaputt sind, hilft Müttern mit Kinderwagen ebenso wie Menschen im Rollstuhl. Sich Formulare vorlesen zu lassen, erleichtert Blinden ebenso den Alltag wie älteren Menschen, deren Augen nachlassen. Wenn dann noch mittels Spracherkennung geantwortet werden kann, das Formular nicht mehr zur Post gebracht werden muss, sondern online verschickt werden kann, dann kann das für alle Menschen von Nutzen sein. Wichtig ist, dass dem Betroffenen die Wahl bleibt, ob er sich lieber zu Hause das Formular vorlesen lässt – gegebenenfalls so lange, bis er das Gefühl hat, alles verstanden zu haben – oder sich lieber von einem Mitarbeiter der örtlichen Eingliederungshilfe direkt beraten lässt. Für Menschen mit Behinderung kann die Digitalisierung vor allem Unabhängigkeit bedeuten. Unabhängig davon, auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein. Teilbereiche des Lebens können mithilfe des Smartphones und den entsprechenden Apps eigenständiger gemeistert werden.

Dabei gilt es – wie immer – die Balance zu wahren. Gesellschaftliche Teilhabe funktioniert zwar mehr und mehr über digitale Medien. Dadurch können aber neue Barrieren entstehen – zum Beispiel durch fehlende Bildungsangebote in Bezug auf Mediennutzung und nicht zuletzt durch fehlende technische Ausstattung.

Gesetze dienen dazu, die gesellschaftlichen Verhältnisse zu gestalten. Mit ihnen greift der Staat in alle Lebensbereiche ein und reagiert auf aktuelle soziale und wirtschaftliche Entwicklungen. Mit digitalen Anwendungen gelingt es, Menschen mit Behinderungen stärker am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen.

Digitalisierung beginnt – ebenso wie Barrierefreiheit – in den Köpfen der Entscheidungsträger. In einer Welt, in der wir gemäß Art. 3 des Grundgesetzes

und den Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonventionen niemanden ausschließen wollen, ist es deshalb unverzichtbar, sich darauf zu verständigen, die Potenziale, die die Digitalisierung für Soziale Teilhabe und Inklusion bringen kann, auch zu nutzen.

Es gilt, in einem BTHG 2.0 Brücken und Hilfestellungen zu schaffen, damit auch niemand in der digitalisierten Welt abgehängt wird.

Vom Objekt der Fürsorge zum selbstbestimmten Individuum: Gesellschaftlicher Wandel im Spiegel der Sprache

von Jürgen Hohnl, Geschäftsführer Gemeinsame Vertretung der
Innungskrankenkassen (IKK e.V.)

Wer wie ich in den 1970er Jahren in die Schule gegangen ist, mag sich noch erinnern: Die Verwendung von diskriminierenden Ausdrücken war zwar nicht „normal“, aber doch gerade auf dem Schulhof leider gang und gäbe. Ich erinnere mich an leichthin geäußerte Bemerkungen, wie „Hey, Du Spasti“ oder irgendwas sei „total behindert“. Auch außerhalb des rüpeligen Schulhofes blieb der Umgang mit körperlich oder geistig eingeschränkten Menschen in der Regel ein distanzierter, dem ein Moment der Überheblichkeit seitens des „nicht“ eingeschränkten“ Gegenübers innewohnte. Das lässt sich auch am öffentlichen Sprachgebrauch jener Zeit festmachen: Bestes und prägnantestes Beispiel ist hier die 1964 gegründete „Aktion Sorgenkind“. Positiv war sicherlich der Ansatz, das Thema „Behinderung“ in den öffentlich rechtlichen Medien in den Fokus zu stellen, also eine Auseinandersetzung auch für diejenigen zu ermöglichen, die bisher keinen Zugang zum Thema hatten. Die Namenswahl spiegelte dabei aber eben auch den Umgang mit den betroffenen Menschen wider – nämlich als bekümmernswürdiges Objekt, nicht als eigenständiges Subjekt – und prägte damit nachhaltig die Sicht der Gesellschaft. Um bei dem Schulbeispiel zu bleiben: Was heute als „Förderschule“ bezeichnet wird, hieß zu meiner Jugend noch Sonder- oder Hilfsschule. Die Bezeichnung stand ohne Zweifel für eine „Stigmatisierung der Schüler als „ausgesonderte Menschen“.¹

Ursächlich für die Wahrnehmung eingeschränkter Personen als Objekte war ein weit im vorvergangenen Jahrhundert angesiedelter Umgang mit behinderten Menschen. Behinderung sei einst biologistisch definiert worden, weiß die Historikerin Elsbeth Bösl. Medizinisch konstatierte „Andersheiten“ seien als Defekt und Störung gedeutet worden, die mit den Mitteln des Sozialstaats, der konfessionellen Fürsorge (bezeichnenderweise hieß sie offiziell „Krüppelfürsorge“)

1 Wikipedia: Förderschule [Abruf 15.6.2019].

und der privaten Wohltätigkeit gelöst werden sollten. Die als defizitär klassifizierten Menschen sollten an die funktionalen Erwartungen der bürgerlichen, kapitalistischen Gesellschaft“ angepasst werden.²

Nach dem zweiten Weltkrieg blieb der konzeptionelle Kern der (bundes-)deutschen Behindertenpolitik weiterhin das medizinische „Defizitmodell“, das Normalisierungsziel und das Rehabilitationsparadigma. Behinderung wurde immer noch als funktionale Einschränkung angesehen und mit „Leid“ gleichgesetzt – dem „hilfsbedürftigen“ Menschen mussten seitens der Gesellschaft Hilfestellungen angedacht werden, die ihn (wenigstens einigermaßen) am produktiven Leben teilnehmen ließen. Im Sprachgebrauch der Zeit hieß das dann „beschützende Werkstätten“ oder „Behindertenwerkstätten“. 2001 hat die Bezeichnung „Werkstatt für behinderte Menschen“ Eingang in das Sozialgesetzbuch gefunden. Sicherlich ein wichtiger Schritt, auch wenn Zweifel bestehen, ob damit „der Schutzgedanke im Zeitalter der UN-Behindertenrechtskonvention von allen Beteiligten als ‚veraltet‘ bewertet wurde.“³

Der Gedankengang dahinter: keine wie auch immer geartete produktive Tätigkeit, kein erfülltes Leben. Das Tragische: Die Betroffenen selbst mussten dieses Bild des Hilfsbedürftigen lange transportieren. Um Ansprüche vor den Sozialleistungsträgern geltend zu machen und Nachteilsausgleiche zu erlangen, mussten Behinderte die Legitimationskette „behindert – arm – hilfsbedürftig“ bedienen. Von Integration, Gleichstellung oder gar Inklusion war noch lange keine Rede. Erst mit den seit Ende der 1970er Jahre entstandenen Emanzipationsbewegungen eingeschränkter Menschen, organisiert oft in den provokant genannten „Krüppelgruppen“, begann sich das Bild vom Objekt sehr langsam in das des Individuums zu wandeln. Ziele waren der Abbau von Alltagsbarrieren und gesellschaftliche Integration. 1984 rief die UNO das „Internationale Jahr der behinderten Menschen“ aus, wobei aber aus heutiger Sicht die Betroffenen wiederum zu passiven und dankbaren Hilfsempfängern eines fürsorglichen Sozialwesens abgewertet wurden.

In den kommenden zehn Jahren allerdings begann sich das Bild in Politik, Medien und Gesellschaft stärker zu wandeln. Seit den 1990er Jahren löste Inklusion die Integration ab. An Stelle der Integration, mit der etwas nicht Gleiches gleich gemacht wurde, der Zielpunkt also eine einheitliche Definition von „Normalität“ ist, steht bei der Inklusion die Diversität im Vordergrund. Statt

2 Vgl. Bösl, Elsbeth: Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus Sicht der Disability History, 31. Mai 2010. Online: <http://www.bpb.de/apuz/32707/die-geschichte-der-behindertenpolitik-in-der-bundesrepublik-aus-sicht-der-disability-history?p=all>.

3 Wikipedia, Behindertenwerkstatt [Abruf 15.6.2019].

Menschen auf Biegen und Brechen in eine Normgesellschaft zu integrieren wird nun eine von Geburt an bestehende Zugehörigkeit aufrechterhalten. Mit diesem Wechsel von einer Defizitorientierung im Hinblick auf eine vermeintliche Normalität hin zur Förderung individueller Fähigkeiten war dann schlussendlich auch der Paradigmenwechsel vom Objekt zum Subjekt verbunden. Dies schlug sich auch politisch nieder: 1994 wurde im Grundgesetz verankert, dass niemand aufgrund einer Behinderung benachteiligt werden darf, 2002 folgte das Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen des Bundes. Erst 2006 trat das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in Kraft.⁴

2003 wurde das „Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen“ ausgerufen. Auch hier zeigt sich der sprachliche Paradigmenwechsel im Vergleich zu dem von der UNO 1984 ausgerufenen „Jahr der Behinderten“ sehr deutlich! Der veränderte Umgang, das sich ändernde Bild vom fürsorgebedürftigen, bemitleidenswerten Objekt zum eigenständigen, befähigten Subjekt hat sich sprachlich mit der Umbenennung von „Aktion Sorgenkind“ in „Aktion Mensch“ 1999, prägend im kollektiven Gedächtnis der bundesdeutschen Gesellschaft verankert⁵.

Doch trotz des weiten, zuweilen sicherlich schwierigen Paradigmenwechsels, sind wir, so befürchte ich, noch lange nicht am Ende des Prozesses angekommen. Denke ich an das Bild der Behinderten etwa in den Medien, so zeigt sich hier auch heute noch hoher Nachholbedarf: Hier werden eingeschränkte Menschen noch immer oft vornehmlich als hilfebedürftig dargestellt.⁶ Oder sie werden als Ausnahmetalente aufgrund ihrer Behinderung gefeiert. Als „Superkrüppel“ ironisiert der Aktivist für Inklusion und Barrierefreiheit, Raul Krauthausen, die Darstellung eines Menschen, der nicht mit, sondern *trotz* seiner Behinderung etwas Besonderes geschafft hat.⁷

Normaler Umgang findet sich in den Medien noch wenig wieder und auch in der Sprache sind wir oftmals noch weit entfernt. Wie oft tippen wir alle noch ins Fettnäpfchen, wenn wir in Gesprächen mitteilen, jemand „leide“ an einer

4 Vgl. Bösl 2010.

5 Antonoff, Alexander: Das ZDF verabschiedet sich von der „Aktion Sorgenkind“, 4.12.1999. Online: <https://www.welt.de/print-welt/article594902/Das-ZDF-verabschiedet-sich-von-der-Aktion-Sorgenkind.html>.

6 Vgl. Radtke, Peter: Das Bild behinderter Menschen in den Medien. Spektrum Freizeit 30 (2006) 2, hrsg. Vom Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF), S. 120–131. Online: https://www.pedocs.de/volltexte/2012/5251/pdf/SpektrumFreizeit_2006_2_Radtke_Das_Bild_behinderter_Menschen_D_A.pdf.

7 Vgl. Krauthausen, Raul: Wenn Sprache behindert, 7.11.2011. Online: <https://raul.de/wortsport/wenn-sprache-behindert/>.

Behinderung, obgleich wir uns nicht anmaßen können zu beurteilen, ob dieser Mensch tatsächlich leidet oder die Behinderung einfach neutraler, gegebener Teil von ihm ist? Oder jemand sei an den Rollstuhl „gefesselt“, obgleich doch gerade dieses Fortbewegungsmittel Mobilität und Freiheit für den Menschen bringen kann?

Der Weg ist also noch weit, aber die ersten Schritte sind getan. In Politik und Gesellschaft. Auch auf dem Schulhof, so habe ich mir bestätigen lassen. Dort sind die Ausdrücke aus meiner Jugend glücklicherweise inzwischen selten zu hören. Ich nehme das als gutes Zeichen, dass sich der Politik- und Denkwandel, der vor mehr als 40 Jahren einsetzte, auch hier quasi an der Basis niederschlägt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat in den letzten 50 Jahren einen großen Beitrag geleistet, den Weg in Richtung einer eigenständigen Lebensgestaltung, die ihren Wert aus sich selbst gewinnt, für diesen betroffenen Personenkreis zu ebnen. Dafür möchten wir Innungskrankenkassen uns bedanken und hoffen, dass die BAR diesen Weg mit ihrem Wirken in den nächsten Jahren weiter vorantreibt.

Folgen gesellschaftlicher Entwicklungen für die Bundesagentur für Arbeit (BA) im Bereich der beruflichen Teilhabe

von Eva Strobel, Geschäftsführerin Geldleistungen und Rehabilitation, Zentrale der Bundesagentur für Arbeit

Die BAR kann mit ihren 50 Jahren auf eine bewegte Zeit zurückblicken, in der sich unsere Gesellschaft stark verändert hat. Nicht nur die Digitalisierung und die zunehmende Vernetzung zählen zu diesem Wandel, sondern auch eine stärker werdende Individualisierung. Die Vision einer inklusiven Gesellschaft ist zur Leitidee unseres Zusammenlebens geworden. Dazu hat in erster Linie das große Engagement der Menschen mit Behinderungen und ihr Einsatz für ihre Rechte geführt. Größter Meilenstein war die Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonvention, die vor zehn Jahren auch bei uns in Deutschland in Kraft getreten ist. Dabei wurden Menschen mit Behinderungen in die Umsetzung der Konvention einbezogen. Zentraler Grundsatz der Konvention ist: „Nichts über uns ohne uns“, wodurch ein Paradigmenwechsel eingeleitet wurde.

Das zentrale Motiv dieses völkerrechtlichen Dokuments ist: Behinderungen kommen erst durch die Wechselwirkung von individueller körperlicher, seelischer, geistiger oder Sinnesbeeinträchtigung sowie Barrieren in der Umwelt zustande. Selbstbestimmung statt Fürsorge, Partizipation an Entscheidungen und Barrierefreiheit sind demnach Schlüssel zur gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurden diese grundsätzlichen Gedanken noch stärker in der deutschen Sozialgesetzgebung verankert. Menschen mit Behinderungen sollen personenzentrierte Leistungen wie aus einer Hand erhalten. Auf dieser Basis hat das Bundesteilhabegesetz auch die Rolle der BAR bekräftigt und spezifiziert. Mit dem Blick nach vorn gilt es für die Träger der Rehabilitation, sich immer wieder auf die zentralen Gedanken der UN-Behindertenrechtskonvention zu besinnen und sie – ergänzend zu den Regelungen der Sozialgesetzgebung – als handlungsleitende Maxime zu sehen.

Dabei ist die Teilhabe am Arbeitsleben ein wesentlicher Bestandteil der Teilhabe an der Gesellschaft insgesamt: Neben der Möglichkeit, selbst Geld zu verdienen, können die vielfältigeren sozialen Kontakte als bereichernd und sinnstiftend erlebt werden. Die berufliche Rehabilitation leistet einen äußerst

wichtigen Beitrag, damit Menschen mit Behinderungen die Chance haben, gleichberechtigte und gleichwertige Mitarbeitende in Unternehmen zu sein. Gelungene Beispiele zeigen: Menschen mit Behinderungen sind oft besonders motiviert und wollen beweisen, dass ihre Arbeit Wertschätzung verdient.

Leider bestehen teilweise immer noch Vorbehalte gegenüber der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen. Deshalb ist die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention kein Selbstläufer und muss aktiv begleitet werden. So bestehen aus Sicht der Bundesagentur für Arbeit unter anderem folgende Herausforderungen.

- Wie können wir unsere Gesellschaft gestalten, damit körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen nicht zu „Behinderungen“ werden? Welchen Beitrag kann die BA als Trägerin der beruflichen Rehabilitation dazu leisten?
- Wie kann die Expertise von Menschen mit Behinderungen für den Reha-Prozess noch besser genutzt und in Form von Peer-Beratung ausgestaltet werden?
- Wie können Bildungsangebote für Menschen mit Behinderungen betriebs- und praxisnah gestaltet werden, um eine möglichst dauerhafte Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen?
- Wie kann das Recht auf Selbstbestimmung und Wahlmöglichkeiten insbesondere durch das Empowerment der Betroffenen verwirklicht werden?

Um sich diesen Herausforderungen von Seiten der Bundesagentur für Arbeit als moderne Dienstleisterin am Arbeitsmarkt als auch als Arbeitgeberin zu stellen, wurde unter anderem eine Koordinierungsstelle Inklusion eingerichtet. Das Thema Inklusion soll rechtskreis- und geschäftsbereichsübergreifend bearbeitet und so in der ganzen Organisation durchgängig verankert werden. Die ersten Erfahrungen zeigen, wie wertvoll ein solcher Blick aufs Ganze ist und dass sich neue Entwicklungen so besser in Gang setzen lassen.

Für die Träger der Rehabilitation kann die BAR einen solchen Blick aufs Ganze fördern, bei den genannten Herausforderungen unterstützen und die Veränderungsprozesse zwischen den Trägern der Rehabilitation koordinieren. Die gesellschaftlichen Entwicklungen in den nächsten 50 Jahren sind natürlich nicht voraussehbar. Künftige Generation werden aber hoffentlich erfreut auf die heutige Zeit zurückblicken und feststellen, dass die Wege für eine wertschätzende, inklusive Gesellschaft bereitet wurden.

Demokratie braucht Inklusion

von Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen

Besonders in diesem Jahr – dem Jahr, in dem die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland seit zehn Jahren in Kraft ist – wird viel über Inklusion diskutiert. Das ist gut und wichtig. Zu häufig wird die Diskussion jedoch auf das Thema Schule und Bildung verengt. Ein sehr wichtiges Thema, keine Frage, aber nicht das einzige. Kinder sollten von Beginn an gemeinsam lernen und gemeinsam groß werden, das ist der Grundstein für eine inklusive Gesellschaft. Darüber hinaus jedoch ist es für Menschen mit Behinderungen natürlich relevant, dass wir in ausnahmslos allen Bereichen des Lebens inklusiv denken und handeln. Es geht um Teilhabe am Arbeitsleben, am politischen Leben, am sozialen Leben – für jede und jeden so eigenständig wie möglich. Dafür müssen wir die Voraussetzungen schaffen.

Rehabilitation darf kein Sparmodell sein

Eine zentrale Voraussetzung für mehr Teilhabe und eine wirklich gelingende Inklusion ist oftmals ein qualitativ hochwertiges Rehabilitationssystem. Rehabilitation darf kein Sparmodell sein. Dazu gehört, dass das bestehende Reha-Recht praxisnah und im Sinne der Menschen angewendet wird. Es heißt aber auch, dass das geltende Recht ständig weiterentwickelt werden muss. Die Idee von Leistungen aus einer Hand kann durchaus noch ausgebaut werden.

Durch das Bundesteilhabegesetz soll die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nun straffer geregelt werden, so dass Leistungen zielgenauer möglich werden. Für Menschen mit Behinderungen ist seit 2018 nur noch ein Reha-Antrag notwendig, um alle erforderlichen Leistungen von den verschiedenen Rehabilitationsträgern zu erhalten – ein hohes Ziel im gegliederten Sozialsystem. Denn das jetzt eingeführte trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren, das die Schnittstellen im System reduzieren soll, gilt für alle Rehabilitationsträger ohne Ausnahme. Zudem werden jetzt mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Fallkonferenzen durchgeführt, auf denen der individuelle Unterstützungsbedarf der Antragstellenden beraten wird. Das stärkt die Partizipation der Betroffenen deutlich. Aufgabe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als Zusammenschluss von Trägern der Rehabilitation wird es sein, zu einer besseren trägerübergreifenden Zusammenarbeit beizutragen und ein sinnvolles

Ineinandergreifen ihrer Leistungen für eine umfassende Rehabilitation und Teilhabe zu sichern. Wünschenswert wären für Arbeitgeber ähnliche Strukturen im Leistungsrecht. Leistungen „wie aus einer Hand“ wären auch hier notwendig und sinnvoll.

Vorurteile halten sich hartnäckig

Wenn wir näher auf den Arbeitsmarkt schauen, ergibt sich ein widersprüchliches Bild: Trotz Fachkräftemangels sind noch immer viele gut ausgebildete Menschen mit Behinderungen arbeitslos. Auch wenn sie vom Aufschwung am Arbeitsmarkt profitieren können, ist die Arbeitslosenquote immer noch höher als bei Menschen ohne Behinderungen. Auch die Dauer der Arbeitslosigkeit ist deutlich länger. Arbeit ist nicht nur ein Menschenrecht, auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive müssen wir alles dafür tun, vorhandene Potenziale zu nutzen.

Ganz zu Beginn steht dabei eine Bewusstseinsveränderung in den Köpfen von Personalverantwortlichen. Viele Vorurteile halten sich hartnäckig: Zum Beispiel, dass Menschen mit Behinderungen weniger leistungsfähig seien. Jeden Tag jedoch machen in Deutschland hunderttausende Menschen mit Behinderungen einen guten Job. Insbesondere bei Akademikern mit Behinderungen sind diese Vorurteile schwer zu verstehen. Wer sich seinen Weg durch die Universität gebahnt und einen Abschluss gemacht hat, dem ist seine Leistungsfähigkeit wohl schwer abzusprechen. Immerhin ein Viertel aller beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber beschäftigen zudem keinen einzigen Menschen mit Behinderung. Das ist nicht akzeptabel. Wir müssen uns schon an die Regeln halten, die wir uns gegeben haben. Mir besonders wichtig, dass Vorurteile entkräftet und Strukturen vereinfacht werden. Als ultima ratio muss aber auch über eine deutliche Erhöhung der Ausgleichsabgabe für diese Arbeitgeber nachgedacht werden.

Barrierefreiheit für alle – überall

Auch beim Thema Barrierefreiheit im Arbeitsleben gibt es noch einiges zu tun. Im öffentlichen Dienst sind die Bedingungen in den meisten Fällen recht gut, besonders dort, wo es starke Schwerbehindertenvertretungen und Personalräte gibt. Jedoch sowohl dort wie auch im privaten Bereich wird Barrierefreiheit viel zu häufig noch als Barrierefreiheit im baulichen Sinne interpretiert. Es gibt jedoch viele Einschränkungen, die Menschen mit Sehbehinderungen, Hörbehinderungen oder starken motorischen oder auch kognitiven Einschränkungen an einer Teilhabe im Berufsleben hindern. Der öffentliche Dienst sollte hier eine

Vorbildfunktion einnehmen. Doch auch die Unterstützung und intensive Beratung kleinerer und mittlerer Unternehmen durch die Integrationsämter ist von immenser Wichtigkeit – im Idealfall unbürokratisch und schnell.

Menschen mit Behinderungen leben übrigens wie jeder und jede andere auch nicht nur zu Hause, im Büro oder im öffentlichen Sektor. Sie wollen ins Kino gehen, zum Arzt ihrer Wahl oder einfach nur ins Einkaufszentrum. Deswegen sollten private Anbieter von Produkten und Dienstleistungen, die für die Allgemeinheit bestimmt sind, ebenfalls zur Barrierefreiheit verpflichtet werden. Das ist ein dickes Brett, das wir dringend durchbohren müssen.

Digitalisierung bietet Chancen

Barrierefreiheit betrifft selbstverständlich auch den digitalen Raum. Die Digitalisierung bietet große Chancen auch für Menschen mit Behinderungen, in allen Bereichen des Lebens. Dafür müssen aber die Rahmenbedingungen richtig gestaltet werden. Schauen wir zum Beispiel auf die Arbeitswelt, kann die Möglichkeit, mit barrierefreier Technik ortsunabhängig und flexibler zu arbeiten, besonders für Menschen mit Behinderungen die Frage stark beeinflussen, ob jemand berufstätig oder arbeitslos ist. Auch innovative und barrierefreie Hard- und Software-Lösungen bieten große Chancen. Wichtig ist: Wie bei allem muss die Barrierefreiheit von Beginn an mitgedacht werden. Es nützt nichts, erst das System zu entwickeln, um es nachträglich barrierefrei zu machen. Das ist oftmals gar nicht möglich. Dafür braucht es selbstverständlich auch die entsprechende Expertise – zum Beispiel von den Betroffenen selbst.

Inklusion ist die Grundlage unserer Demokratie

Für meine Amtszeit habe ich das Motto „Demokratie braucht Inklusion“ gewählt. Denn Inklusion ist nicht etwas, das man bei Gelegenheit auch mitdenkt. Inklusion ist eine Grundlage unserer Demokratie. Erst wenn alle Menschen die Möglichkeit umfassender Teilhabe haben, leben wir in einer wirklich guten Demokratie. Dafür arbeiten mein Team und ich, und ich freue mich, dass wir mit der BAR auch weiterhin einen kompetenten und verlässlichen Akteur für einen wesentlichen Aspekt von Inklusion haben: Denn Inklusion braucht auch Rehabilitation.

Kinder- und Jugendrehabilitation – die BAR als Wegbereiterin einer Qualitätsentwicklung und Vermittlerin unterschiedlicher Interessen

von Alwin Baumann, Sprecher Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.

Seit 1982 erlebe ich die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) als verlässlichen Unterstützer der Belange chronisch kranker Kinder und somit der Kinder- und Jugendrehabilitation. Zunächst erlebte ich das als Mitarbeiter einer Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, des Weiteren als Vorstandsmitglied des Caritas-Bundesverbands Kinder- und Jugendreha e.V. und seit 2018 als Sprecher des Bündnisses Kinder- und Jugendreha e.V. In diesen 37 Jahren hat sich die Kinder- und Jugendreha grundlegend verändert. Die BAR hat zu dieser sehr positiven Veränderung einen wesentlichen Beitrag geleistet.

Ende der 1970er Jahre des vorigen Jahrhunderts bestand die Kinder- und Jugendreha einerseits aus den Kinderkuren, die in Kinderkurheimen durchgeführt wurden, und andererseits aus den Kinderheilkuren, für die es die Kinderheilstätten gab. Der massive Rückgang der Infektionskrankheiten, das Ende der Tuberkulose als Volkskrankheit und die Zunahme der chronischen Erkrankungen ermöglichte in dieser Zeit eine völlige Neuausrichtung der Kinder- und Jugendkuren. Der Bedarf an den bisherigen Maßnahmen brach massiv ein, die gesetzlichen Grundlagen wurden dieser Entwicklung angepasst. Angebote für chronisch kranke Kinder und Jugendliche mussten entwickelt werden. Die alten Betreuungsformen wichen neueren pädagogischen Konzepten.

Die Aufnahme jüngerer Kinder ohne Begleitperson war nicht mehr tragbar. Die Klinikträger schlossen in den 1970er und 1980er Jahren zahlreiche Kinderkureinrichtungen und entwickelten andere Einrichtungen zu Rehabilitations- und Fachkliniken für Kinder und Jugendliche weiter.

Anforderungsprofile führen die Kinderkur in die Kinderrehabilitation

Um 1980 erarbeitete der „Arbeitskreis Kinderkuren“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. Anforderungsprofile für eine moderne Kinderkurfürsorge. Für die Konzepte und für die Belegung von

Kurkliniken und Kurheimen wurden Anforderungen formuliert und Indikationslisten erstellt. Der Arbeitskreis Kinderkuren bestand aus Vertretern verschiedener Wohlfahrtsverbände und namhafter Chefärzte und Einrichtungsleiter. Die Arbeit wurde 1992 auf eine breitere Basis gestellt, indem sich bei der Neuauflage auch die Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen beteiligten. Nun wurde bereits von „Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“ gesprochen und das ursprünglich vage gehaltene Anforderungsprofil konkretisiert.

Die BAR als Antreiber und Vermittler

Es zeigte sich, dass die Vorstellungen von einer modernen Kinder- und Jugendrehabilitation unter den Einrichtungsträgern, den Verbänden, den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern sehr weit auseinanderlagen. Um den zuweisenden Ärzten und den chronisch kranken Kindern und Jugendlichen mit ihren Familien ein qualifiziertes und eindeutiges Angebot machen zu können, musste ein gemeinsames und differenziertes Konzept auf die Beine gestellt und veröffentlicht werden. Unter der Moderation der BAR konnte 1998 ein „Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ präsentiert werden. Bisher strittige Themen – etwa die Konsequenzen aus den Besonderheiten einer Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter für die Dauer und die Durchführung – konnten ebenso geklärt werden wie die Mitaufnahme einer Begleitperson. 2008 wurde das aktualisierte Rahmenkonzept von der BAR neu herausgegeben. Die Ausgabe von 1998 erwähnte erstmals die Bedeutung der Qualitätssicherung, welche 2008 ausführlich beschrieben und zur zwingenden Voraussetzung für eine Kinder- und Jugendrehabilitation gemacht wurde.

Gründung einer medizinischen Reha-Fachgesellschaft mit Unterstützung der BAR

Um die Kinder- und Jugendrehabilitation indikationsspezifisch auf Basis medizinischer Leitlinien weiterzuentwickeln, wurde 2001 in Frankfurt die „Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V.“ gegründet. Waren in dieser Gesellschaft zunächst vor allem die Mediziner gefragt, so initiierten die Geschäftsführer 2003 zusätzlich das „Forum Ökonomie“. Die ersten Sitzungen bis 2005 fanden bei der BAR statt. Bis heute wurde in 35 Sitzungen des Forums die weitere Entwicklung begleitet und unterstützt.

Die BAR informiert zur Kinder- und Jugendrehabilitation

Es ist bekannt, dass trotz des qualifizierten Angebots nur ein kleiner Teil der rehabilitationsbedürftigen Kinder und Jugendlichen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt. Die Gründe dafür liegen in der mangelnden Bekanntheit, der unklaren Zuständigkeit, im Aufwand des Antragsverfahrens, der Bevorzugung einer Mutter-/Vater-Kind-Kur, im vermeintlichen Schulausfall und in der mangelnden Information der Öffentlichkeit und der Fachleute. Um dieser fatalen Unterinanspruchnahme entgegenzuwirken, versammelte die BAR 25 Fachleute aus den unterschiedlichsten Bereichen der Kinder- und Jugendlichenversorgung. Die Arbeitsgruppe entwickelte 2017 einen Wegweiser „Reha für Kinder und Jugendliche“ für Fachleute und einen Informationsflyer für Eltern und Angehörige. Diese ausführlichen Materialien werden nun in der Beratung erfolgreich eingesetzt.

Die Kinder- und Jugendreha macht den nächsten Schritt

Mit dem Flexirentengesetz vom Dezember 2016 wurde die Kinder- und Jugendreha der Deutschen Rentenversicherung gesetzlich komplett neu konzipiert. Die bisherigen Leistungen wurden verbessert, der Zugang vereinfacht und neue Leistungen ermöglicht. Die Kinder- und Jugendreha ist nun eine Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung, es gibt keine Beschränkung mehr auf bestimmte Indikationen, es besteht ein Anspruch auf die Mitaufnahme einer Begleitperson bis zum zwölften Geburtstag des rehabedürftigen Kindes – bei Bedarf sogar auf die Mitaufnahme von allen Familienangehörigen. Die bisherige Vierjahreswiederholungsfrist wurde gestrichen. Als neue Leistungen erbringt die Rentenversicherung Nachsorgeleistungen und ambulante Kinder- und Jugendrehabilitationen.

Die BAR wird diese Entwicklungen ganz sicher auch weiterhin erfolgreich begleiten.

Demografischer Wandel und Reha vor Pflege – geriatriespezifische Versorgungsbedarfe und -strukturen in Deutschland

von Dirk van den Heuvel, Geschäftsführer Bundesverband
Geriatric e. V.

Geriatric – auch Altersmedizin genannt – befasst sich mit Erkrankungen und Unfallfolgen bei Menschen, die zumeist älter als 70 Jahre sind und in der Regel mehrere Erkrankungen gleichzeitig haben. Neben dieser geriatrietypischen Multimorbidität weisen die geriatischen Patienten zudem zumeist eine deutlich erhöhte Gebrechlichkeit (Frailty) auf. Darüber hinaus bestehen oft kognitive Einschränkungen. Diese geriatrietypische Multimorbidität und die schwindende Regenerationsfähigkeit betagter und hochbetagter Menschen begründen die besonderen Anforderungen an die Versorgungsstruktur und die medizinisch-therapeutische Ausrichtung der Behandlung beziehungsweise Rehabilitation dieser speziellen Patientengruppe. Die Geriatric greift diese besonderen Anforderungen strukturell und inhaltlich entsprechend auf.

Geriatric als medizinische Spezialdisziplin ist erst seit ungefähr 30 Jahren in Deutschland etabliert. Der geriatische Patient hat fast immer sowohl akutmedizinischen als auch (früh-)rehabilitativen Versorgungsbedarf. In Deutschland findet Geriatric in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, jeweils stationär und teilstationär, sowie in ambulanten Versorgungsstrukturen statt. In den einzelnen Bundesländern hat die historische Entwicklung unter anderem aufgrund unterschiedlicher politischer Planungsansätze und der gesetzlichen Rahmenbestimmungen zu unterschiedlicher Schwerpunktsetzung geführt (s. Tabelle 1). In einigen wenigen Bundesländern erfolgt die Versorgung geriatischer Patienten aktuell ausschließlich in Krankenhäusern. Die Mehrheit der Bundesländer verfügt heute sowohl über geriatriespezifische Versorgungsmöglichkeiten in Krankenhäusern als auch in Rehabilitationseinrichtungen. Die konkrete Ausgestaltung der Versorgungsschwerpunkte ist dabei ein dynamischer Prozess. In den letzten Jahren geht die Entwicklung jedoch deutlich zu der Ausbildung der beschriebenen Doppelstrukturen mit einem gewissen Schwerpunkt im Krankenhausbereich.

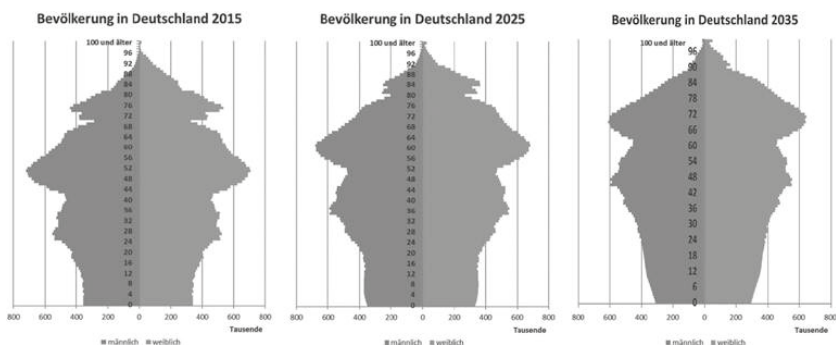
Tabelle 1: Übersicht über die Bundesländer je nach Schwerpunkt der geriatrischen Einrichtungen (Eigene Darstellung; 2019)

Stationäre Versorgungsstrukturen Geriatrie 2019			
Bundesland	Krankenhaus	Rehabilitation	Schwerpunkt
Berlin	X	-	Krankenhaus
Brandenburg	X	X	Krankenhaus
Bremen	X	X	Krankenhaus
Hamburg	X	-	Krankenhaus
Hessen	X	X	Krankenhaus
Nordrhein-Westfalen	X	X	Krankenhaus
Sachsen-Anhalt	X	X	Krankenhaus
Schleswig-Holstein	X	-	Krankenhaus
Thüringen	X	X	Krankenhaus
Niedersachsen	X	X	Krankenhaus/Rehabilitation
Sachsen	X	X	Krankenhaus/Rehabilitation
Baden-Württemberg	X	X	Rehabilitation
Bayern	X	X	Krankenhaus/Rehabilitation
Mecklenburg-Vorpommern	X	X	Rehabilitation
Rheinland-Pfalz	X	X	Krankenhaus/Rehabilitation
Saarland	X	X	Krankenhaus/Rehabilitation

Im Krankenhausbereich bildet neben der auf die geriatricspezifischen Gegebenheiten abgestimmte akutmedizinischen Versorgung der Patienten die früh-rehabilitative Begleitung der Behandlung den Versorgungsschwerpunkt. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation stellt die geriatrische Rehabilitation eine spezielle Rehabilitationsform dar. Sie ist für die besonderen Bedürfnisse betagter multimorbider Menschen konzipiert und bietet mehr als indikations-spezifische Rehabilitation, da der ganzheitliche und interdisziplinäre Ansatz im Fokus steht. So arbeitet ein multiprofessionelles Behandlungsteam zusammen, das aus Ärzten, Pflegepersonal, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen sowie Sozialarbeitern besteht. Dieses geriatricspezifische Team berücksichtigt die alterstypischen Einschränkungen und Erkrankungen geriatrischer Patienten mitsamt ihrer Folge- und Wechselwirkungen, um die bestmögliche Selbstständigkeit und Mobilität älterer Menschen zu erlangen. Geriatrien leisten somit unter anderem einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung beziehungsweise Minderung von Pflegebedürftigkeit.

Geriatricspezifischer Versorgungsbedarf

Der ansteigende geriatricspezifische Versorgungsbedarf ergibt sich aus zwei wesentlichen Effekten. Auf der einen Seite wurden beziehungsweise werden viele geriatrische Patienten nicht als solche erkannt und daher vermehrt in anderen, nicht geriatricspezifischen Strukturen „fehlgeleitet“ versorgt¹. Zum anderen verdeutlicht die „Bevölkerungspyramide“, dass der geriatricspezifische Versorgungsbedarf bis 2035 weiter deutlich steigt (s. Abbildungen). Dies liegt insbesondere an der entsprechenden Alterung der sogenannten Babyboomerjahrgänge der 1950er und 1960er Jahre, die zudem ein höheres Durchschnittsalter erreichen.



Bevölkerungsentwicklung 2015/2025/2035 (Eigene Darstellung; Quelle: 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Statistisches Bundesamt 2015)

Bedingt durch seinen sehr umfassenden Versorgungsbedarf mit akutmedizinischen und rehabilitativen Elementen „berührt“ der geriatrische Patient die das deutsche Gesundheitssystem prägenden Budget- und Sektorengrenzen. Darüber hinaus werden angesichts des zumeist bestehenden Pflegebedarfs und des in dieser Patientengruppe besonders bedeutenden Grundsatzes „Reha vor Pflege“ mit dem SGB V als auch dem SGB XI zwei Sozialversicherungssysteme berührt, was zu zusätzlichen Schnittstellen und rechtliche Fragen führt.

Vor diesem Hintergrund stößt die bedarfsgerechte Versorgung von geriatrischen Patienten oftmals durch „Abgrenzungsprobleme“, rechtliche Vorgaben und Budgetfragen an strukturellen Grenzen. Ein Hauptgrund ist die strikte

1 Steinhagen-Thiessen E (2011) Geriatrie. Versorgungssituation in Berlin. (<https://www.parlament-berlin.de/ados/16/GesUmVer/vorgang/guv16-0159-st-Charite.pdf>) [Abruf 14.6.2019].

Trennung von Akutbehandlung und Rehabilitation im deutschen Gesundheitssystem sowie die fehlende „Durchlässigkeit“ zwischen SGB V und SGB XI. Hier müssen dringend gesetzliche Regelungen gefunden werden, damit bestehenden Budget- und Sektorengrenzen besser überbrückt werden können. Dies betrifft insbesondere die Trennung zwischen Akut und Rehabilitation, als auch zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung beziehungsweise der Einbindung von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten. Der umfassende Versorgungsbedarf des geriatrischen Patienten erfordert eine entsprechende Vernetzung. Der Bundesverband Geriatrie hat dazu im Jahr 2010 das Konzept des Geriatrischen Versorgungsverbundes entwickelt, welches heute in verschiedenen Bundesländern planerisch aufgegriffen und in der Praxis umgesetzt ist. Es bleibt festzuhalten, dass die beschriebenen engen rechtlichen Regelungen diese vernetzte Versorgung nur sehr bedingt zulassen.

Gleichwohl nimmt die Inanspruchnahme der geriatriespezifischen Versorgungsstrukturen kontinuierlich zu. Das ist ein klarer Beleg dafür, dass der gesetzlich bestehende Anspruch der Patienten auf die geriatrische Rehabilitation auch eingefordert wird.² Daher muss hochbetagten Patienten flächendeckend der Zugang zu entsprechenden Versorgungsstrukturen möglich sein, um die bedarfsgerechte geriatriespezifische Behandlung sicherzustellen.³

Entsprechend dieser Entwicklung, haben die Mitglieder des Bundesverbandes Geriatrie Ende 2018 erstmalig ein bundesweit einheitliches Konzept zukünftiger Versorgungsstrukturen geriatrischer Patienten verabschiedet.

2 Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie) (2016) Weißbuch Geriatrie. Band 1: Die Versorgung geriatrischer Patienten – Strukturen und Bedarf, 3. Auflage Stuttgart: Kohlhammer.

3 Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie) (2018) Bundesweites Geriatriekonzept – Beschlossen durch die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Geriatrie 2018.

Helga Seel - 9783631803936

Inklusionsbetriebe – gelebte soziale Marktwirtschaft auf dem ersten Arbeitsmarkt

von Ulrich Adlhoch, Vorsitzender Fachpolitischer Beirat,
Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e. V. (bag if)

Einleitung

Prävention am Arbeitsplatz, die Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – das sind zentrale Anliegen und Handlungsfelder der BAR im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben (schwer) behinderter Menschen.

Ein zahlenmäßig noch überschaubares, in seiner behindertenpolitischen Bedeutung als Leitbild aber nicht zu unterschätzendes Inklusionsinstrument stellen die Inklusionsbetriebe im Sinne des § 215 SGB IX dar. Ihre Zahl in Deutschland steigt seit Jahren an. Laut Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) gab es Ende 2018 insgesamt 919 Inklusionsbetriebe. Sie beschäftigten über 29.300 Menschen, davon rund 13.000 mit einer Schwerbehinderung, 12.200 aus den im SGB IX genannten besonderen Zielgruppen, zu denen seit 2016 auch langzeitarbeitslose behinderte Menschen und psychisch Kranke zählen.

Inklusionsbetriebe als Beschäftigungsangebot für beruflich besonders beeinträchtigte Menschen mit Behinderungen

Inklusionsbetriebe sind als eigenständige Unternehmen oder als unternehmensinterne Betriebe und Abteilungen Anbieter von Produkten und Dienstleistungen. Dabei beschäftigen sie mindestens 30 Prozent schwerbehinderte Menschen, wie sie in der Zielgruppendefinition für Inklusionsbetriebe in § 215 Abs. 2 SGB IX beschrieben sind. Sie bieten sozialversicherungspflichtige, tariflich oder ortsüblich entlohnte Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für diese Zielgruppen, unter anderem gerade auch für diejenigen, die aus einer Werkstatt für behinderte Menschen in eine solche Beschäftigung wechseln (wollen).

Durch Inklusionsbetriebe soll die Beschäftigungssituation solcher schwerbehinderter Menschen, deren berufliche Teilhabe auf besondere Schwierigkeiten stößt, deutlich und nachhaltig verbessert werden. Die Inklusionsbetriebe haben also einen speziellen gesetzlichen Auftrag im Sinne der Teilhabe am Arbeitsleben.

Mit den in § 215 Abs. 1 u. 2 SGB IX genannten Zielgruppen (schwer) behinderter Menschen und mit der Zielgruppe psychisch Kranker setzen die Inklusionsbetriebe in erheblichem Umfang Personal ein, mit dem sich nur unter Schwierigkeiten wirtschaftliche Ergebnisse im Wettbewerb erzielen lassen. Als Unternehmen müssen sie jedoch gleichwohl wirtschaftlich arbeiten und auf Dauer in existenzsicherndem Umfang Gewinne erzielen, wenn sie am Markt bestehen und damit die Arbeitsplätze sichern wollen. Es muss den Inklusionsbetrieben also gelingen, Wettbewerbsfähigkeit und Rentabilität einerseits und die Beschäftigung einer hohen Zahl beruflich besonders beeinträchtigter Menschen andererseits miteinander zu verbinden. Dieser komplexe Tatbestand kennzeichnet die Doppelaufgabe, vor der alle Inklusionsbetriebe ihrer Natur nach stehen.

Nachteilausgleichende Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Teilnahme der Inklusionsbetriebe am wirtschaftlichen Wettbewerb

Um ihren nicht mehr wegzudenkenden Beitrag zu einem inklusiven allgemeinen Arbeitsmarkt weiterhin leisten zu können, müssen die wirtschaftlichen und förderrechtlichen Rahmenbedingungen für Inklusionsbetriebe belastbar und zukunftssicher geregelt werden. Das gilt insbesondere für

- die reduzierte Umsatzsteuer für Produkte und Dienstleistungen gemeinnütziger Inklusionsbetriebe,
- die Erlaubnis zur inklusiven gemeinnützigen Arbeitnehmerüberlassung außerhalb des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes,
- eine wettbewerbsgerechte Zuordnung der Inklusionsbetriebe zu den Branchen-Berufsgenossenschaften anstelle der „Zwangsversicherung“ bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und nicht zuletzt
- die nachhaltige Nutzung der bevorzugten Auftragsvergabe an Inklusionsbetriebe durch die öffentliche Hand gemäß §§ 118 GWB und 224 Abs. 2 SGB IX.

Finanzielle Förderung der Inklusionsbetriebe als gemeinsame Aufgabe der Sozialleistungsträger

Neben adäquaten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen benötigen die Inklusionsbetriebe eine direkte finanzielle Förderung, die auf dem Gedanken wettbewerbsneutraler beziehungsweise -gerechter bedarfsbezogener Nachteilsausgleiche beruht. Diese kann nicht allein auf die begrenzten Mittel der

Ausgleichsabgabe beschränkt bleiben. Bislang werden die Inklusionsbetriebe nahezu ausschließlich von den Integrationsämtern finanziell unterstützt, insbesondere bei Investitionen, vor allem aber durch zwei laufende Leistungen: die Kostenübernahme für die behinderungsbedingt notwendige arbeitsbegleitende Betreuung und die Zahlung eines angemessenen Ausgleichs für die Leistungseinschränkungen der (schwer) behinderten Beschäftigten.

Die finanzielle Förderung der Beschäftigung von (schwer) behinderten Menschen und psychisch Kranken in Inklusionsbetrieben sowie die Gewährleistung der dazu notwendigen, zuvor aufgezeigten unterstützenden Rahmenbedingungen stehen nicht im Belieben der öffentlichen Hand und der Sozialleistungsträger. Art. 27 Abs. 1 Satz 2 Buchst. e) der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) bestimmt unter anderem, dass die Vertragsstaaten Beschäftigungsmöglichkeiten und beruflichen Aufstieg auf dem Arbeitsmarkt sowie die Unterstützung beim Erhalt und der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes und beim beruflichen Wiedereinstieg für Menschen mit Behinderungen fördern. Die Vorschrift konstituiert also eine Förderpflicht der Vertragsstaaten. Diese umfasst unter anderem die Beschäftigung von (schwer) behinderten Menschen in Inklusionsbetrieben als „Blaupause“ für inklusive Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt im Sinne des Art. 27 Abs. 1 Satz 1 UN-BRK. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Art. 27 Abs. 1 Satz 2 Buchst. e) UN-BRK die Förderung der Beibehaltung des Arbeitsplatzes gleichrangig neben die Unterstützung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes stellt. Das bedeutet, dass durch das Handeln von Staat und Sozialleistungsträgern auch der Fortbestand und die wirtschaftliche Existenzfähigkeit der Inklusionsbetriebe zu sichern sind.

Es gilt daher, die von der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung beruflich besonders betroffener (schwer) behinderter Menschen und psychisch Kranker, die ansonsten regelhaft auf Transferleistungen der Sozialversicherungsträger angewiesen wären, „profitierenden“ Sozialleistungsbereiche des SGB II, des SGB III und des SGB VI sowie die Eingliederungshilfe an der Förderung zu beteiligen – zum Beispiel durch das Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX, die unterstützte Beschäftigung gemäß § 55 SGB IX sowie durch Förderungen nach den §§ 16e und 16i SGB II. Eine unbürokratische, der sozialen Beschäftigungsleistung entsprechende laufende Kostenentlastung für die Inklusionsbetriebe wären zudem Beitragsboni in allen Sozialversicherungszweigen.

Inklusionsbetriebe – ein Handlungsfeld (auch) für die BAR

Die Inklusionsbetriebe haben sich als Arbeitgeber des allgemeinen Arbeitsmarkts zu einem wichtigen und stabilen Angebot an sozialversicherungspflichtiger,

regulär entlohnter Beschäftigung für beruflich besonders beeinträchtigte (schwer) behinderte Menschen entwickelt. Sie sind in der Tat gelebte soziale Marktwirtschaft und Leitbild einer inklusiven Beschäftigung im Sinne der UN-BRK.

Ihre Förderung und Unterstützung ist daher sowohl rechtlich durch die UN-BRK als auch behindertenpolitisch geboten. Die Beschäftigung beruflich besonders betroffener (schwer) behinderter Menschen in Inklusionsbetrieben ist auch ein Handlungsfeld der BAR. Denn es gilt, die Förderleistungen der Leistungsträger der Teilhabe am Arbeitsleben und des Schwerbehindertenrechts aufeinander abzustimmen sowie ihre zielgerichtete Zusammenarbeit und die Koordinierung ihrer Förderleistungen sicherzustellen. Eine mit Beteiligung der bag if analog § 26 Abs. 6 SGB IX erarbeitete „Gemeinsame Empfehlung Förderung von Inklusionsbetrieben“ könnte der geeignete Weg hierzu sein.

Inklusion und Teilhabe – die Perspektive der Arbeitgeber

von Olaf Guttzeit, Vorstandsvorsitzender Arbeitgeberinitiative UnternehmensForum e. V.

Fachkräftemangel, Globalisierung, Flexibilisierung und Digitalisierung: Die Rahmenparameter des Arbeitsmarktes haben sich in den vergangenen Jahren rasant verändert und tun es noch. Unternehmen stellen sich darauf ein und gestalten die Arbeitswelt neu. Im Zuge der Inklusion findet ein spürbarer Perspektivwechsel statt: Um Fachkräfte zu sichern, schätzen immer mehr Arbeitgeber die Chancen vielfältiger Teams und inklusiver Führungskultur. Ihnen bietet das UnternehmensForum (UF) eine Plattform für praxisnahe Strategien und Lösungsansätze. Die BAR und ihre Akteure sind dabei wichtige Partner.

Für die Förderung von Inklusion in Unternehmen gilt die UN-Behindertenrechtskonvention als Orientierungsgrundlage, ihre Ratifizierung in Deutschland 2009 als Meilenstein. Das darin enthaltene Leitbild der Inklusion im Sinne einer uneingeschränkten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist maßgebend – auch für Wirtschaft und Arbeitswelt. Gleichzeitig tragen der demografische Wandel und der anhaltende Fachkräftemangel dazu bei, dass Inklusion in Unternehmen nicht mehr nur als soziales Engagement, sondern immer mehr als Notwendigkeit und Chance begriffen wird. Nicht zuletzt entdecken viele Arbeitgeber im Zuge des steigenden Wettbewerbsdrucks durch Globalisierung und Digitalisierung das Potenzial vielfältiger Teams: Mit ihnen erreichen Arbeitgeber häufig eine höhere Innovationskraft und Produktivität.

Gelingende Inklusion beginnt dabei im Bewusstsein der Arbeitgeber und in der Kultur der Unternehmen. Die Inklusionsbeauftragten nach SGB IX übernehmen hier als Kulturgestaltende eine wichtige Rolle. Und tatsächlich entwickeln immer mehr Betriebe in Deutschland einen Blick für die Stärken von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Teilhabebedarfen, anstatt sich auf Hürden und Defizite zu konzentrieren. Sie sind offen für neue Potenziale zur Fachkräftesicherung und suchen nach Lösungen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bis zum Renteneintrittsalter. Das zeigen nicht zuletzt die erfolgreichen Aktionspläne aus der Wirtschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Reha-Akteure als Partner der Unternehmen

Den Akteuren der beruflichen Rehabilitation kommt hier als wichtige Partner der Unternehmen eine besondere Rolle zu. Ihre Expertise in Arbeit und Gesundheit trägt entscheidend zu mehr Inklusion in der Wirtschaft bei. Darum wissen auch die Mitglieder des UnternehmensForums: Sie schätzen die Vernetzung innerhalb der BAR als Chance, um gemeinsam neue Lösungswege zu entwickeln – und gleichzeitig die Perspektive der Arbeitgeber im System der beruflichen Reha zu spiegeln. Welche Früchte das enge Zusammenspiel der Akteure tragen kann, zeigt beispielsweise die UF-interne Kooperation des IT-Konzerns SAP und des Berufsförderungswerks Frankfurt: Mit einem von SAP entwickelten Planspiel werden Rehabilitanden in einem konkreten Anwendungsfall an die berufliche Praxis herangeführt. Die Praxisnähe und der Fokus auf den Unternehmenserfolg sind wiederum Skills, die sich Arbeitgeber für die Qualifizierung ihrer Fachkräfte wünschen – ein klassisches Win-Win-Beispiel also, bei dem der Übergang von beruflicher Reha ins Arbeitsleben gefördert wird.

Das Teilen solcher Best Practice Beispiele werten das UnternehmensForum und seine Mitglieder im Übrigen als wichtiges Instrument, damit der Transfer inklusiver Lösungen in die Wirtschaft gelingt. Gerade an den Schnittstellen von Rehabilitation und Teilhabe sind solche praxiserprobten Strategien gefragt. Das gilt in betrieblicher Hinsicht besonders für die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern: Als erste Anlaufstelle zur Förderung beruflicher Teilhabe sind sie entscheidend für den Erfolg von Inklusionsprozessen in Unternehmen. Umso wichtiger ist die enge Kooperation der Akteure – viele Betriebe wünschen sich hier ganz konkret zentrale Ansprechpartner, die sie im gesamten Reha- und Inklusionsprozess unterstützen. Denn die Vielfalt der Akteure innerhalb des gegliederten Systems ermöglicht zwar vielseitige Kompetenzen, erschwert aber aus Arbeitgebersicht die Orientierung. Das Bundesteilhabegesetz hat hier eine zielführende Richtung eingeschlagen: Dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zukünftig „wie aus einer Hand“ erbracht werden sollen, erleichtert die Kooperation und unterstreicht das gemeinsame Anliegen innerhalb der Rehabilitation – Menschen langfristig und zielführend die volle Teilhabe zu ermöglichen und dabei Mehrwert für alle Beteiligten zu schaffen.

Dieses Ziel ist es auch, was die Akteure innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation verbindet. Arbeitgeber schätzen sie als wichtige Dialogpartnerin und Kommunikatorin der Unternehmensbedarfe an die

Reha-Trägerschaft. Die Geschichte der BAR zeigt schließlich, wie entscheidend partnerschaftliche Zusammenarbeit innerhalb der Rehabilitation ist und welche Früchte sie tragen kann – die gemeinsame Weiterentwicklung des BEM-Prozesses sei hier nur als ein Beispiel erwähnt. Auf den regelmäßigen, gut funktionierenden Austausch innerhalb der BAR werden das UnternehmensForum und seine Mitglieder auch zukünftig gern bauen.

Teilhabe am Beispiel des Inklusionsprojekts !nkA (2013 bis 2019)

von Annetraud Grote, Inklusionsbeauftragte Paul-Ehrlich-Institut

Entstehung des Projekts und Ausgangslage

Das UnternehmensForum e.V. (UF), ein branchenübergreifender Zusammenschluss von Konzernen, mittelständischen Firmen und anderen Arbeitgebern, der sich für mehr Inklusion von Menschen mit Behinderung in das Arbeitsleben engagiert, hat mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) in einem stabilen Netzwerk mit Unternehmen, Behörden, Schulen, der Arbeitsagentur, Integrationsämtern, Handwerks- sowie Industrie- und Handelskammern und weiteren Akteuren aus der Berufsbildung das Inklusionsprojekt „Inklusive Ausbildung von Jugendlichen mit und ohne Behinderung“ (!nkA) gestartet, das vom Paul-Ehrlich-Institut koordiniert wird. In den Jahren 2013, 2014 und 2015 wurden bundesweit insgesamt 38 schwerbehinderte Auszubildende in verschiedenen Berufen eingestellt, die gemeinsam mit nicht behinderten Jugendlichen ihre Ausbildung absolvierten. Ausgangspunkt für das Projekt war die Erkenntnis, dass bei Arbeitgebern das Leistungspotenzial von jungen Menschen mit Behinderungen häufig unterschätzt wird. Viele Betriebe können sich offensichtlich nicht vorstellen, behinderte Auszubildende – schon gar mit Hilfebedarf – einzustellen. Die Instrumente der Arbeitsassistenz oder manche technischer Hilfen erscheinen auch heute noch vielfach unbekannt. Unterschätzt wird, dass Menschen mit Behinderungen ebenso wie andere Jugendliche eine betriebliche Ausbildung absolvieren können, wenn sie die passenden Rahmenbedingungen am Ausbildungsplatz vorfinden. Zudem hatten viele Unternehmen im Vorfeld des Projekts erlebt, dass es schwierig war, Jugendlichen mit Behinderungen tatsächlich einen Ausbildungsplatz anzubieten, da nur wenige bereit waren, ihre Behinderung in der Bewerbung anzugeben.

Welche besonderen und nachhaltigen Wege ging !nkA?

Das Projekt !nkA hat dazu beigetragen, bestehende Barrieren für die unterschiedlichen Akteure zu identifizieren und abzubauen.



Arbeitsplatz einer sehbehinderten Auszubildenden 2018

Junge Menschen mit Behinderungen wurden bei der Suche nach einem passenden Ausbildungsplatz durch Ausschreibungen, die sich speziell an behinderte Jugendliche richteten, unterstützt. Die duale Ausbildung selbst durchliefen die schwerbehinderten Jugendlichen bei den verschiedenen Arbeitgebern jedoch ganz regulär mit den anderen nicht-behinderten Auszubildenden. Dabei war die klare Kommunikation von Unternehmen, offen für die Bewerbung von Menschen mit Behinderung zu sein, ein wichtiger Erfolgsfaktor. Ebenso war der gezielte Abbau von Vorurteilen gegenüber der Ausbildung von Menschen mit Behinderungen wichtig. Dass flexible Ausbildungsstrukturen sinnvoll für den Ausbildungserfolg sind, zeigte das Beispiel der Umstrukturierung von Voll- in Teilzeitausbildungen in einigen Fällen. Neben der Vermittlung fachlicher Fähigkeiten war die Stärkung der Sozialkompetenz ein wesentlicher Bestandteil des Ausbildungskonzepts. Gleichzeitig wurde durch die Teilnahme am Berufsschulunterricht und den Kontakt zu Auszubildenden in anderen Betrieben die Erkenntnis, dass es nicht unmöglich ist, junge Menschen mit einem besonderen Förderbedarf auszubilden, auch in andere gesellschaftliche Bereiche getragen.

Bei der Beantragung von Nachteilsausgleichen und Hilfsmitteln hat die Projektkoordination unterstützt. Die enge Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern hat dabei viele Wege erleichtert. In den meisten Auszubildungsverhältnissen ergaben sich keine Schwierigkeiten oder Besonderheiten.

Im Laufe der Projektdauer fanden insgesamt acht gemeinsame Seminare für alle schwerbehinderten Auszubildenden des !nkA-Projekts statt, bei dem erfreulicherweise bereits früh festgestellt wurde, wie sehr sich die Auszubildenden der verschiedenen Betriebe von Beginn an mit den Zielen von !nkA identifizierten. Während der Seminare tauschten sie sich über Faktoren einer guten Unterstützung bei der Ausbildungsplatzsuche aus und diskutierten über ihre Erfahrungen beim Übergang von der Schule in die Ausbildung.

Klarer Höhepunkt der Seminare war Ende 2015 der Besuch von Andrea Nahles, der früheren Bundesministerin für Arbeit und Soziales. Sie nahm sich Zeit für die Anliegen der !nkA-Azubis und tauschte sich mit den Jugendlichen über ihre Ausbildungssituation aus sowie über ganz konkrete politische Ziele und Wünsche.

Im letzten Seminar 2018 zogen die Auszubildenden das Fazit, dass das Projekt für sie nicht nur die Möglichkeit des Austauschs bietet, sondern auch der gegenseitigen Stärkung und des Einbringens eigener Lösungsvorschläge, die sich aufgrund ihrer verschiedenen Biografien und Behinderungsarten entwickelt haben. Die Teilnehmer entwickelten zudem Ideen für bessere Rahmenbedingungen einer inklusiven Ausbildung. Um die Kernbotschaft einer inklusiven Ausbildung nachhaltig zu verankern, erarbeiteten die Auszubildenden zudem ein Konzept für einen Videoclip, der Unternehmen für das Potenzial von jungen Menschen mit Behinderungen sensibilisieren soll. Die Ideen für den Film wurden mittlerweile professionell von einem Medienunternehmen umgesetzt.

Die große Mehrheit der Auszubildenden und die weiteren an der Ausbildung beteiligten Akteure bewerten die Ausbildungszeit als erfolgreich. Hiervon zeugen auch die guten Ergebnisse und Ausbildungsabschlüsse. Von anfänglich 38 schwerbehinderten Auszubildenden haben 34 die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen, zwei befinden sich noch in Ausbildung und 27 konnten nach der Ausbildung eine Anschlussanstellung erhalten.

Erfolgsfaktor: ein funktionierendes Netzwerk

Als entscheidender Erfolgsfaktor hat sich aus Sicht aller Beteiligten die enge Zusammenarbeit im !nkA-Netzwerk erwiesen. Hier konnten Probleme während der Ausbildung identifiziert und gelöst werden. Das gute Zusammenspiel mit

Arbeitsagenturen, Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern machte den Mehrwert sichtbar, der aus der Verminderung der Bürokratie und einer Verbesserung der Vermittlung durch den regelmäßigen Dialog resultierte.

Nach dem Projektstart im August 2014 fanden insgesamt acht erfolgreiche Projekttreffen aller operativen und fördernden Partner statt, anlässlich derer über die Projektergebnisse, aber auch über Schwierigkeiten bei der Inklusion von behinderten Auszubildenden, beispielsweise bei der Einbeziehung von Berufsschulen und Kammern, gesprochen wurde. Weitere Themen waren unter anderem die Informationen zu Zuschüssen der Arbeitsagenturen und Integrationsämter sowie zu verschiedenen Behinderungsarten. Die Effektivität der Netzwerkarbeit wird von den unterschiedlichen Akteuren der Berufsausbildung sehr geschätzt.

Ergebnisse und Perspektiven des !nkA-Projekts

Die insgesamt positiven Erfahrungen der beteiligten Arbeitgeber und der Auszubildenden führen zur Motivation, auch in der Zukunft Ausbildungsplätze für Menschen mit Behinderungen anzubieten. Das Ziel Professionalisierung der Akteure in der Berufsausbildung (Arbeitgeber, Berufsschulen, Ausbildungsverbände, Kammern) wurde erreicht. Für die Ausbildungsbetriebe hat !nkA zu einer Verbesserung des Rekrutierungs- und Ausbildungsprozesses gerade im Hinblick auf behinderte Bewerber geführt.

Bereits die gelungene Abschlussveranstaltung im September 2018 unter der Schirmherrschaft des Bundesministers für Arbeit und Soziales zeigte auf, dass das enge Netzwerk ein echtes Novum im Bereich der Inklusion ist und die begründete Hoffnung besteht, dass es auch über die Projektdauer hinaus Bestand haben und Früchte tragen wird. Alle beteiligten Arbeitgeber bieten auch in der Zukunft Ausbildungsplätze für Menschen mit Behinderungen an. Die Praxiserfahrung des Projekts wird für andere Akteure in Politik und Gesellschaft durch eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit und den Transfer der Ergebnisse im Sinne der Darstellung von Best-Practice-Beispielen nutzbar gemacht.

Es ist mithin von nachhaltigen Effekten des Projekts auszugehen. Dies bezieht sich insbesondere auf die arbeitsmarkt- und bildungspolitische Signalwirkung. Das !nkA-Projekt zeigt, wie wertvoll die Bereitschaft und der Wille zur Inklusion in der Ausbildung ist.

Der Zauberberg wäre nie geschrieben worden – drei Lehrsätze

von Prof. Dr. Edwin Toepler, Sozialpolitik und Soziale Sicherung,
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Frau Katia Mann, Ehefrau von Thomas Mann, weilte ab 1912 in Davos. Es gibt ein Röntgenbild von ihr und dieses hat sie in späteren Jahren Christian Virchow geschenkt. Der langjährige Chefarzt der Hochgebirgsklinik Davos kommt zu einer bemerkenswerten Feststellung: Auf dem Bild sind keine pathologischen Anzeichen der Tuberkulose zu erkennen. Frau Mann hatte zu keinem Zeitpunkt Tuberkulose, ihre Einweisung in eine Tuberkulose-Klinik beruht schlicht auf einer Fehldiagnose. Christian Virchow folgert dementsprechend: „Der Zauberberg ist das Resultat einer (...) Fehldiagnose. Aus ärztlicher Sicht besteht daran kein Zweifel.“¹



Das Röntgenbild von Katia Mann in den Händen von Christian Virchow, dem langjährigen Chefarzt der Hochgebirgsklinik Davos (Quelle: Hochgebirgsklinik Davos)

1 Virchow, Christian: Medizinhistorisches um den „Zauberberg“; in: Augsburgener Universitätsreden 26, hrsg. vom Rektor der Universität Augsburg, Gastvortrag am 22. Juni 1992, ISSN 0939-7604, Augsburg 1995, S.19.

In der heutigen Zeit wäre die Eingangsdiagnose im Rahmen der Zuweisung und Eingangsuntersuchung überprüft und die Fehlbelegung von Katia Mann wäre verhindert worden. Wir können also folgern: Mit etwas Qualitätssicherung wäre der Zauberberg nicht geschrieben worden.

Das 50-jährige Bestehen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) dient als würdiger Anlass, die lange überfällige Qualitätsprüfung des durch Hofrat Dr. Behrens geleiteten Sanatoriums Berghof vorzunehmen. Dieses Unterfangen ist subjektiv, lückenhaft und wird weder dem Werk von Thomas Mann noch Katia Manns behandelnder Klinik gerecht. Um dies deutlich zu machen, formuliert der Beitrag drei Lehrsätze. Von der Beachtung der ersten beiden Sätze wird abgeraten!

Wenn wir erstens davon ausgehen, dass Katia Mann kein Einzelfall gewesen ist, zweitens den damaligen Ärzten diagnostische Kompetenz zubilligen und drittens den gleichfalls ohne Indikation aufgenommen Protagonisten des Zauberbergs, Hans Castorp, zu Raten ziehen, dürfen wir folgern, das Hofrat Dr. Behrens Lehrsatz Nr. 1 kannte.

Lehrsatz Nr.1: Willst Du gute Ergebnisse, nimm gesunde Patienten auf!

Nicht indizierte Leistungen zeichnen ein trügerisches Bild der Qualität, da das angestrebte Ergebnis auch ohne die Leistung eingetreten wäre. Wird Qualität nur als Endpunkt ohne Vorher-Nachher-Vergleich gemessen, stellen sich gute Werte ein. Insbesondere die wirtschaftlichen Ergebnisse sind erfreulich. Die Patienten sind zufrieden. Die Klinik ist immer vollbelegt. Entlassen wird erst, wenn das Bett wieder benötigt wird.

In Solidarsystemen wie der Sozialversicherung zeigen sich Nachteile. Bei budgetierten Mitteln führt Überversorgung in einem Bereich zu Unter- und Fehlversorgung in anderen Bereichen. Ein Blick auf den für ein Schweizer Bergdorf viel zu großen Davoser Friedhof zeigt, dass die echten Fälle schon damals den größten Anteil der Patienten ausmachten und diese vielfach in einem zu fortgeschrittenen Krankheitszustand die Rehabilitation antraten.

Nimmt man Satz 1 als Ausgangspunkt der Qualitätssicherung, lautet die Frage, wer eine Leistung bekommt. Im Fall von Frau Mann ist das Ergebnis dieser Zuweisung falsch positiv. Falsch, weil sie keinen Reha-Bedarf hat und positiv, weil Sie trotzdem eine Reha-Leistung von sechs Monaten empfohlen bekommt. Erst wenn es gelingt, den Reha-Bedarf „richtig“ zu ermitteln, und sich daran die „positive“ Wahl einer geeigneten Einrichtung anschließt, kann die Reha-Leistung wirksam erbracht werden. Die Schlussfolgerung gilt heute wie gestern: Wir brauchen eine hohe sozialmedizinische Kompetenz, den Reha-Bedarf frühzeitig zu erkennen. Und diese Kompetenz ist an den Schnittstellen zur

Reha erforderlich – in den akutmedizinischen Krankenhäusern, bei den niedergelassenen Ärzten, bei Betriebsärzten und nicht zuletzt bei den (zukünftigen) Rehabilitanden selbst.

Doch woran lässt sich eine geeignete Einrichtung erkennen? Wenn wir auf dem Zauberberg bleiben, steht am Anfang die Beobachtung des 1853 nach Davos gekommenen Arztes Alexander Spengler. Er bemerkte als erster, dass in dem Hochtal niemand an Tuberkulose erkrankte und Erkrankte wieder gesunden.² Diese Beobachtung führte er auf die immunisierende Wirkung des Davoser Klimas zurück und diskutierte sie ausgiebig mit internationalen Fachkollegen.³ Thomas Mann schildert den State of the art der pulmologischen Rehabilitation der Jahrhundertwende realistisch. Die Patienten werden in Liegekuren intensiv dem Davoser Höhenklima ausgesetzt, sehr auskömmlich ernährt und erfreuen sich insgesamt einem zwar minutiös geregelten, aber stressfreien Tagesablauf. Aus heutiger Sicht sind die hauptsächlich bei frühen Krankheitsstadien beobachteten Erfolge wohl auf diese gesundheitsfördernden, den Immunstatus hebenden Interventionen zurückzuführen. Die propagierte immunisierende Wirkung des örtlichen Klimas hält einer wissenschaftlichen Begründung nicht stand.⁴

Der Zauberberg schildert die hohe Mortalität der Patienten eindrücklich, was neben dem Fehlbelegungsverwurf zu einer kritischen Rezeption des Romans unter der Davoser Ärzteschaft geführt hat.⁵ Die Anziehungskraft des Kurortes, in dem im Jahr 1912 bereits 30.000 Kranke aus der ganzen Welt betreut wurden, sollte nicht leiden. Misserfolge sollten möglichst nicht an die Öffentlichkeit gelangen. Ein heute noch zu nutzender Beleg ist die Zahnradbahn zur Schatzalp. Sie diente dem ehemaligen Sanatorium ursprünglich für den unauffälligen, nächtlichen Abtransport der Verstorbenen. Vom Sanatorium zur Bergstation wurden diese durch einen dafür angelegten, unterirdischen Gang verbracht⁶, um die Gäste nicht zu stören. Wir wollen dieses Entgegenkommen würdigen und Lehrsatz Nr. 2 formulieren.

Lehrsatz Nr. 2: Feiere Deine Erfolge und verschweige Deine Misserfolge.

-
- 2 Bartels, Gunda: Atemnot in Davos; in: Der Tagesspiegel vom 16.11.2013.
 - 3 Bruck, B.v.: Alexander Spengler, Pionier der Klimatherapie; in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 6, 6. Februar 2004 S. A357.
 - 4 Villiger, B.: „Es hat nichts mit der Luft zu tun“ – Interview des Schweizer Rundfunks, SRF vom 13.3.2016 <https://www.srf.ch/play/radio/regi-gr/audio/beat-villiger-es-hatte-nichts-mit-der-luft-zu-tun--30-3-2016?id=91a7b86f-05f6-48c0-b1e8-81c4d885a9e7>.
 - 5 Neue Züricher Zeitung (NZZ) vom 10.6.2012; <https://www.nzz.ch/wissen/wissenschaft/fehl Diagnosen-in-davos-1.17218572>.
 - 6 Mündliche Mitteilung des Geschäftsführers des Hotels Schatzalp aus dem Jahr 2012.

Qualitätssicherung lebt von unabhängiger Messung und Transparenz der Ergebnisse. Werden unerwünschte Ergebnisse verschwiegen, mag dies kurzfristig der Reputation dienen, mittelfristig entstehen unerfüllbare Erwartungen. Diese führen zu einer negativen Kundenzufriedenheit bei den betroffenen Patienten und im solidarischen System auch bei den Kostenträgern.

Wenn wir die internationale Definition von Qualitätssicherung heranziehen, die darunter alle Einzelmaßnahmen versteht, die geeignet sind, bei Kunden und Interessenspartnern Vertrauen hervorzurufen, wird das mitunter nicht spannungsfreie Verhältnis von Qualitätssicherung und Darlegung in der Öffentlichkeit deutlich.⁷

Der auch heute noch weitverbreitete prozessorientierte Ansatz (Übereinstimmung mit fachlich anerkannten Standards) greift zu kurz. Erst in Kombination mit dem ergebnisorientierten Ansatz (Wirksamkeit in Bezug auf kurz- oder mittelfristige Ziele) werden Qualitätsinformationen generiert, die Behandlungs- und Wahlentscheidungen ermöglichen sowie die Voraussetzung für ein Management der Qualität auf Einrichtungs- und Belegungsebene darstellen.⁸ Im Jahr 107 nach den Geschehnissen auf dem Zauberberg scheint die Zeit reif, Qualitätsergebnisse in geeigneter Form öffentlich zu machen (public reporting). Ein auf gesicherten Informationen beruhendes Vertrauen ist eine bessere Rehabilitationsgrundlage als der Glaube an bewährte Prozesse und wohlformulierte Werbetexte.

Wissen oder glauben? Der Zauberberg legt die Wurzeln dieser Welterklärungs- und Qualitätsmodelle frei. Thomas Mann inszeniert mit den Streitgesprächen zwischen den beiden Rehabilitanden Ludovico Settembrini und Leo Naphta ihr Aufeinanderprallen. Der Humanist Settembrini kämpft für die Aufklärung und den wissenschaftlich begründeten Fortschritt. Schwer erkrankt entwickelt er seine Utopie des individuellen Glücks. Der Weg dorthin beinhaltet nicht weniger, als alles Leiden auszumerzen. Wir können in Ludovico Settembrini den Apologeten der modernen Rehabilitation sehen. Seine Utopie der freien Entfaltung des Individuums in einer gleichberechtigten Gesellschaft dürfen wir heute mit Selbstbestimmung und umfassender Teilhabe gleichsetzen.

Der Scholastiker und glänzende Rhetoriker Naphta hält mit der ganzen Kraft der Ideologie und fanatischer Orthodoxie dagegen. „Der Glaube ist das Organ

7 DIN EN ISO 8402, August 1995, Ziffer 3.5.

8 Toepler, E.: Qualität und Wirksamkeit, in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 2018, 103, 266–272.

der Erkenntnis.⁹ Der Mensch hat sein Leid zu tragen und sich in den Dienst des Größeren zu stellen. Krankheit und Leiden sind anzunehmen. Nicht die persönliche Freiheit ist das Ziel, sondern die „tiefste Lust liegt im unbedingten Gehorsam.“¹⁰ Seine Utopie ist die Diktatur, der Weg dorthin ist der Terrorismus.

Blicken wir auf die letzten 100 Jahre Weltgeschichte, können wir leider nicht feststellen, dass sich Ludovico Settembrini durchgesetzt hat. Leo Naphta beherrschte ganze Epochen und hat auch heute mächtige Adepten.

Für die moderne Rehabilitation hingegen dürfen wir feststellen, dass aus der Utopie des Ludovico Settembrini ein gesellschaftlicher Anspruch geworden ist. Mit der BAR hat die Rehabilitation eine Anwältin zur Seite gestellt bekommen, die unser aller Unterstützung verdient.

Im vergangenen Jahr wurde der Belegungsvertrag mit der Hochgebirgsklinik Davos für erwachsene Patienten gekündigt. Eine lange Zusammenarbeit zwischen der deutschen Sozialversicherung und „dem Zauberberg“ geht zu Ende. Wir können daher nicht mit dem Satz von Walter Jens enden, der als asthma-kranker Rhetorik-Professor ausrief: „Was am Ende sollte denn helfen, wenn nicht Davos?“¹¹ Wir können ihn jedoch dankend aufnehmen und mit Lehrsatz Nr.3 schließen.

Lehrsatz Nr. 3: Was am Ende soll denn helfen, wenn nicht die Rehabilitation?

9 Mann, Th.: Der Zauberberg, kommentierte Ausgabe, Frankfurt 2002, S. 599.

10 Lubich, F.A: Der Tugendkatalog des internationalen Terrors findet sich schon in Thomas Manns Zauberberg FAZ vom 26.10.2001 (Nr. 249, S. 55).

11 Walter Jens, in der Festrede zum 75-jährigen Bestehen der Hochgebirgsklinik Davos, zit n. Tagesspiegel a. a. O.

Menschen mit Behinderungen in der heutigen Gesellschaft

von Maren Müller-Erichsen, Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Menschen mit Behinderungen

Vor 60 Jahren wurde die Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. gegründet mit dem Ziel, dass Kinder mit Behinderungen, die nach dem Krieg geboren wurden, vor Ort betreut und gefördert werden. Flächendeckend wurden Sondereinrichtungen geschaffen, beispielsweise Sonderkindergärten, Werkstätten und Wohneinrichtungen. In vielen kommunalen Kindergärten war damals die Aufnahme von Kindern mit Behinderungen laut Satzung verboten, ein Relikt aus dem Nationalsozialismus. Dies habe ich persönlich erlebt, als ich meinen Sohn Olaf mit Down-Syndrom (DS) im Jahre 1978 im kommunalen Kindergarten anmelden wollte. Als die Satzung in der Kommune geändert wurde, erfolgte die Aufnahme von Olaf in den Kindergarten. Man sprach damals von „grauer Integration“. In diesem Zeitraum hatten 60 Prozent der Kinder in Sonderkindertagesstätten das DS, heute liegt der Anteil zwischen sechs und zehn Prozent.

Anfang der 1980er Jahre diskutierten wir, inwieweit eine integrative Betreuung von Kindern mit Behinderungen in den Kindertagesstätten erfolgen könnte. Wir entschieden uns für die Umwidmung der Sonderkindertagesstätten in integrative Kindertagesstätten, in denen Kinder mit und ohne Behinderung betreut werden. Das war in Deutschland einmalig! Ziel war es, Restgruppen von Kindern mit schweren Behinderungen zu verhindern – lange vor der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Mich als Mutter eines Sohnes mit dem DS hat in dieser Zeit die Aussage des wissenschaftlichen Beirates der Ärztekammer aus dem Jahr 1980 schockiert. In dieser Bekanntmachung steht unter Kapitel 2 „Die Notwendigkeit der genetischen Beratung“ folgendes:

„Die Grenze der Leistungsfähigkeit der Gesamtheit der Versicherten und des Staates im Bereich gesundheitlicher Maßnahmen ist in Sicht, ja verschiedentlich bereits überschritten. Als wichtige Konsequenz ergibt sich aus dieser Situation, dass der Krankheitsvorbeugung und somit auch der genetischen Beratung für die Zukunft ein besonderes Gewicht beigemessen werden muss.“¹

1 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 4 vom 24.1.1980, S. 188.

Niemand in der Solidargemeinschaft hat protestiert. Das war eine Begründung für die flächendeckende Einrichtung von humangenetischen Instituten. Ich weiß noch sehr genau, dass ich damals das Sozialministerium und den Landeswohlfahrtsverband Hessen nach dem Ziel der Gründungen in Hessen befragt habe. „Wir wollen nur beraten“, war deren Antwort. Aus der Sicht eines behinderten Menschen sagte Peter Radtke folgendes:

„Die Angst vor einer Säuberungswelle, diesmal unter Zuhilfenahme der modernen gentechnologischen Erkenntnisse, ist keinesfalls mehr nur ein Hirngespinnst eines hysterischen Betroffenen, sondern lässt sich aus Fakten und Umständen belegen.“²

In den 1990er Jahren haben sich Behindertenverbände, Bundesvereinigung Lebenshilfe und Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. intensiv mit der Pränatal-Diagnose befasst. Auf einer Fachtagung 1990³ in Köln zum Thema „Vom Recht auf Anderssein“, nahmen Experten dazu Stellung, unter anderen auch Peter Radtke.⁴ In seinem Referat erwähnt er die Dissertation von Hans Heinrich von Stackelberg, der 1980 in einer Kosten-Nutzen-Analyse den ökonomischen Vorteil von humangenetischen Instituten errechnet hat.⁵ In einer genauen Kalkulation bezifferte er Einsparungen, die erreicht werden können, wenn keine/weniger Menschen mit Behinderungen betreut werden müssen. Unglaublich aus heutiger Sicht ist es, dass diese Dissertation mit einem Preis des damaligen Bundessozialministeriums ausgezeichnet wurde.

Amniozentese (AC) fand ihre Verbreitung. Viele Kinder mit einem genetischen Defekt, beispielsweise DS, wurden erkannt und oft abgetrieben. Einige Eltern haben die behandelnden Ärzte verklagt, weil ihr Kind das DS hatte. Sie sahen ihr eigenes Kind als „Schaden“ an. Dies erzeugte Druck bei den Ärzten, die in ihrer Beratung den Eltern die AC bei Verdacht empfohlen hatten.⁶ Es gab

-
- 2 Vgl. Radtke, Peter: Pränatale Diagnostik und genetische Beratungsstellen. Neuer-Miebach, Terese u. Tarneden, Rudi (Herausgeber) In: Vom Recht auf Anderssein, Lebenshilfe-Verlag, 1994 S. 37–44.
 - 3 Vgl. Neuer-Miebach, Terese u. Tarneden, Rudi (Herausgeber), Vom Recht auf Anderssein, Lebenshilfe-Verlag, 1994.
 - 4 Vgl. Radtke, Peter: Pränatale Diagnostik und genetische Beratungsstellen. Neuer-Miebach, Terese u. Tarneden, Rudi (Herausgeber) In: Vom Recht auf Anderssein, Lebenshilfe-Verlag, 1994 S. 37–44.
 - 5 Vgl. Stackelberg, Hans Heinrich von, Probleme der Erfolgskontrolle präventivmedizinischer Programme – dargestellt am Beispiel einer Effektivitäts- und Effizienzanalyse genetischer Beratung, 1980.
 - 6 Vgl. BGH, Urt. v. 15. 2. 2000 – VI ZR 135/99 (Karlsruhe).

Fehlentscheidungen und auch Fehlgeburten. Kürzlich wurde berichtet⁷, dass der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses Josef Hecken geäußert hat, 400 Kinder pro Jahr würden auch durch die AC tot geboren.

Die Lebenshilfe e.V. lehnte von Anbeginn die AC ab. Bereits im Jahr 1990 forderte Peter Radke auf der oben erwähnten Tagung, dass die humangenetischen Institute werdende Eltern nicht defizitorientiert, sondern über begleitende Hilfestellungen und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes mit Behinderungen beraten sollten.⁸ Dieser Forderung schließe ich mich weiterhin an. Ärzte sollten keine negativen Prognosen gegenüber Eltern äußern. Die humangenetischen Institute benötigen die sozialpädagogische Kompetenz, um Eltern zu beraten (Frühförderung), die Kinder mit Behinderungen erwarten. Schließlich ist es normal, verschieden zu sein, wie Bundespräsident Richard von Weizsäcker in einer Ansprache sagte.⁹

Ich habe folgende negative Prognosen von Ärzten mitgeteilt bekommen: „Ihr Kind ist schwerstbehindert, ein Vollidiot, geben Sie es in ein Heim.“ Mein Sohn mit DS hat lesen und schreiben gelernt. Er lebt heute fast selbstständig und sein Lieblingsschriftsteller ist Shakespeare. Seit 1975 wurden mehr als 100.000 Menschen mit DS abgetrieben.¹⁰ Es ist Zeit, auch an diese Menschen zu denken.

Der Bluttest (Praena-Test) wird die Abtreibungszahl weiter erhöhen. Nur bei drei Prozent der Menschen mit Behinderungen sind diese angeboren, 97 Prozent der Behinderungen entstehen im Laufe des Lebens.¹¹ In Deutschland leben zurzeit 50.000 Menschen mit dem DS, das sind 0,06 Prozent der Bevölkerung.¹² Trotzdem wird ihnen das „Recht auf Leben nach Art. 10 UN-BRK“ durch solche

7 Vgl. Kim, Björn Becker: Nicht mehr auf der Welt, FAZ Woche Nr. 16, 12.4.2019 S.22–24.

8 Vgl. Radtke, Peter: Pränatale Diagnostik und genetische Beratungsstellen. Neuer-Miebach, Terese u. Tarneden, Rudi (Herausgeber) In: Vom Recht auf Anderssein, Lebenshilfe - Verlag, 1994 S. 37–44.

9 Vgl. von Weizsäcker, Richard Ansprache von Bundespräsident Richard von Weizsäcker bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, Bonn, 1. Juli 1993, unter http://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Richard-von-Weizsaecker/Reden/1993/07/19930701_Rede.html, [Abruf 15.7.2019].

10 Errechnet nach den Daten des Deutschen Statistisches Bundesamt Statistisches Bundesamt, GZ 366861 / 619014, erhalten per E-Mail am 02.04.2019.

11 Vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/06/PD18_228_227.html, [Abruf 15.7.2019].

12 Vgl. Janson, Matthias, Down-Syndrom in Deutschland unter <https://de.statista.com/infografik/15758/down-syndrom-in-deutschland/>, [Abruf 15.7.2019].

Tests und Abtreibungen genommen. Prof. Dr. med. Axt-Fliedner von der Universität Gießen hat als Experte für Ultraschall ausgesagt, dass wir keine Tests brauchen, da die Fehlbildungen im Ultraschall frühzeitig zu erkennen seien.¹³ Aber sollen Menschen mit DS wirklich nicht mehr existieren?

Menschen mit DS sind sehr fröhlich, hilfsbereit, eine Bereicherung in unserer heutigen Gesellschaft. Gerade sie helfen uns, das Sozialsystem zu verbessern. Hier fordere ich die Politik auf, sich dem Wunsch „Recht auf Leben nach Art. 10 UN-BRK“ zu öffnen!

13 Vgl. Prof. Dr.med. Axt-Fliedner, Leiter des Zentrums für Pränatale Medizin & Fetale Therapie von der Justus-Liebig Universität Giessen, Gesundheitsrechtliches Praktikerseminar unter dem Titel „Nicht-invasive Pränataltests (NIPT) im Kontext der Schwangerenvorsorge“ am 5.6.2019.

Rehabilitation im Medizinstudium – Kompetenzsicherung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte für eine teilhabeorientierte medizinische Versorgung

von Prof. Dr. Wilfried Mau, Präsident Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaften e.V.

Hintergrund

Vor allem auf Grund der demografischen Entwicklung, der Zunahme von chronischen Erkrankungen und der damit verbundenen gesellschaftlichen Herausforderungen bei der Versorgung und Teilhabeversicherung der Betroffenen wurde die Rehabilitation kürzlich als „die Gesundheitsstrategie des 21. Jahrhunderts“ bezeichnet¹. Insbesondere Ärztinnen und Ärzten in Praxen, Krankenhäusern und Betrieben haben dabei wichtige rehabilitative Steuerungs- und Versorgungsaufgaben, damit Rehabilitationsangebote bedarfsgerecht genutzt und erreichte Ergebnisse verstetigt werden. Darauf werden sie in ihrer Ausbildung allerdings vielfach nicht optimal vorbereitet, obwohl die Lehre zur Rehabilitation seit dem Jahr 2003 in der Approbationsordnung für Ärzte vor allem im 12. Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ curricular verankert ist. Deshalb engagiert sich die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) auf vielfältige Weise bei der Verbesserung der rehabilitationsbezogenen Lehre.

Durchführungsrealität der rehabilitationsbezogenen Lehre

Die konkrete Gestaltung der Lehre zur Rehabilitation ist den einzelnen Hochschulen und Universitäten überlassen. Dazu hat die DGRW die Strukturen und curricularen Prozesse an den medizinischen Fakultäten über mehrere Fragebogenerhebungen in einem Zeitraum von zwölf Jahren analysiert. Zu jedem Befragungszeitpunkt waren zwischen den einzelnen Standorten erhebliche Unterschiede festzustellen. Bei 68 Prozent der Fakultäten wurde die Lehre zu

1 Stucki G., Bickenbach J, Gutenbrunner C., Melvin J. Rehabilitation: The Health Strategy of the 21st Century. J Rehab Med 2018; 50:309–3016.

Rehabilitation, Physikalischer Medizin oder Naturheilverfahren im Jahr 2015 von Kliniken beziehungsweise Instituten koordiniert, deren Bezeichnung keinen dieser Begriffe enthielt². Lehr-/Forschungsbereiche in mindestens einem dieser drei Teilbereiche gibt die Hälfte der Regel- und Modellstudiengänge an, aber kein Reformstudiengang oder Studiengang mit ausländischem Abschluss. Studiengänge mit diesen Lehr-/Forschungsbereichen folgen häufiger dem Lernzielkatalog der DGRW/DGPMR (s. u.) (67 % gegenüber 33 %), thematisieren ein breiteres Spektrum der rehabilitationstypischen Krankheitsgruppen und gehen häufiger auf die versorgungsrelevanten Bereiche Frührehabilitation (87 % gegenüber 47 %) und geriatrische Rehabilitation (53 % gegenüber 33 %) ein.

Die frontale Lehre in Vorlesungen steht in der Regel immer noch weit im Vordergrund der Lehrveranstaltungen, obwohl diese zu einem geringeren Kompetenzerwerb führen als aufwändigere interaktive Gruppenangebote oder die eigenständige Erarbeitung von Inhalten mit Anwendung des Gelernten unter Einsatz moderner didaktischer Methoden. Trotzdem finden solche Formate, zu denen unter anderem der Einsatz strukturierter Fallbeispiele, problemorientiertes Lernen und verschiedene Varianten des E-Learning gehören, selten Anwendung.

Empfehlungen und Angebote der Rehabilitationswissenschaften

Die Heterogenität der Lehrangebote in den Medizinischen Fakultäten und der häufig festgestellte Entwicklungsbedarf veranlasste die DGRW bereits im Jahr 2010, die Erfordernisse der rehabilitationsbezogenen Lehre mit zehn Empfehlungen in einem Positionspapier zusammenzufassen, die weiterhin aktuell sind.³ Zu ihnen gehören klare Curricula, in denen sich die Inhalte, Methoden und Leistungsnachweise an zuvor definierten Lernzielen ausrichten. Wegen der zentralen Bedeutung kompetenzbasierter Lernziele hat die DGRW im Jahr 2017 gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR), nach einer Vorversion aus dem Jahr 2004, einen revidierten Lernzielkatalog erstellt⁴. Mit Bezug auf diese Lernziele wurde

-
- 2 Schmidt S., Bergelt C., Deck R. et al. Aktuelle Entwicklungen der rehabilitationsbezogenen Lehre in den humanmedizinischen Studiengängen in Deutschland: Ergebnisse der DGRW-Fakultätenbefragung 2015. *Rehabilitation* 2017;56:47–54.
 - 3 Mau W., Kawski S, Lay W. et al. Erfordernisse der Ausbildung zur Rehabilitation in der humanmedizinischen Lehre. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Rehabilitation*. 2010;49:114–9.
 - 4 Mau W., Liebl M. E., Deck R. et al. Kompetenzbasierter Lernzielkatalog „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“ (RPMN) – revidierte Fassung Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.

Helga Seel - 9783631803936

Downloaded from PubFactory at 12/14/2019 02:33:27PM

via free access

eine intuitiv bedienbare Online-Datenbank mit Lehrmaterialien verschiedener Medientypen, Prüfungsfragen und Links aus sechs Hochschulen erstellt⁵. Ihr Konzept als MediaWiki ermöglicht die ständige Weiterentwicklung durch die Nutzergemeinschaft der Hochschuldozentinnen und -dozenten, denen die Datenbank nach Registrierung kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Damit soll eine Angleichung der zentralen Lerninhalte zur Rehabilitation im Studium der Humanmedizin in Deutschland unterstützt werden, die nicht im Widerspruch zu erweiterten standortspezifischen Profilbildungen im Detail steht.

Bedeutung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) für die Gestaltung von Lehrangeboten

In der genannten Online-Datenbank wird unter anderem auf die Website der BAR (www.bar-frankfurt.de) verlinkt, die für die Gestaltung von Lehrangeboten zur Rehabilitation und Teilhabe von großer Bedeutung ist. In übersichtlicher Form sind dort aktuelle Informationen sowohl für die Dozentinnen und Dozenten als auch die Studierenden zum Beispiel für die Vor- und Nachbereitung von Lehrveranstaltungen, Fallbearbeitungen et cetera verfügbar. Exemplarisch sind zu nennen das Bundesteilhabegesetz und andere gesetzliche Grundlagen, die ICF einschließlich Fallbeispielen und Core-Sets mit Dokumentationsbögen, die gemeinsamen Empfehlungen sowie Datenbanken und Verzeichnisse einschließlich der Anlaufstellen für Rehabilitation und Teilhabe. Die Entwicklung des Teilhabeverfahrensberichts mit seinem erwartbar zunehmenden Informationsgehalt bietet die Möglichkeit, die Vielfalt und Transparenz der beantragten und bewilligten Rehabilitationsleistungen aller Träger bei Lehrveranstaltungen zu thematisieren.

Nicht zuletzt ist das von der BAR im Jahr 2018 neu herausgegebene Werk „Rehabilitation“ zu nennen, das sich primär an bereits praktizierende Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung wendet⁶. Es bietet auch den Studierenden, zum Beispiel für vertiefende Recherchen, wichtige Details in einer übersichtlichen

(DGRW) und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation e.V. (DGPMR). Rehabilitation 2017; 56, 397–411.

5 Schmidt S., Mau W. Entwicklung eines Reha-Wikis für rehabilitationsbezogene Lehrmaterialien mit Zuordnung zu kompetenzbasierten Lernzielen. Rehabilitation 2019;58:128–135.

6 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (Hrsg.). Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Springer, Berlin, 2018.

Zusammenstellung. Insgesamt ist das breite Spektrum an Informationen und Materialien der BAR mit aktuellen Entwicklungen der Rehabilitation und Teilhabe eine sehr gute Quelle, die auch für die Vermittlung der notwendigen Kompetenzen zum lebenslangen Lernen hervorragend nutzbar ist.

Ausblick

Nachdem die Rehabilitation im Verhältnis zur akutmedizinischen Versorgung in der ärztlichen Ausbildung der medizinischen Fakultäten und Hochschulen bis heute eine unterschiedliche, in der Regel geringe Berücksichtigung fand, zeichnet sich für die Zukunft ein deutlich erhöhter Stellenwert ab. Der Wissenschaftsrat hat im Jahr 2018 in den „Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020“ zur Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte das Fach Rehabilitationsmedizin als eines von 30 eigenständigen Prüfungsfächern aufgenommen⁷. Derzeit werden mit Beteiligung der DGRW relevante Inhalte zur Rehabilitation in den neuen Gegenstandskatalog für das Medizinstudium in Verbindung mit der Revision des „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM)“ eingebracht, der für alle Fakultäten verbindlich wird.

Die für die Rehabilitation und Teilhabeorientierung unabdingbaren Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit werden dabei entsprechend den Empfehlungen der Expertenkommission ebenfalls deutlich stärker betont. Damit dies gelingt, sind analoge Verankerungen in den Ausbildungsordnungen und Curricula der anderen Berufsgruppen der Rehabilitation erforderlich. Auch für die gleichzeitige grundlegende Reform des Psychologiestudiums, die zur Approbation als Psychotherapeut*in führt, sollen die für die Medizin erarbeiteten kompetenzbasierten Lernziele zur Rehabilitation, Teilhabeorientierung und interprofessionellen Kooperation im Gegenstandskatalog integriert beziehungsweise adaptiert werden. Nicht zuletzt können diese Lernziele für das Gesamtkonzept zur Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe durch die aktuell damit befasste Bund-Länder-Arbeitsgruppe und für die Curricula in den zunehmend akademisierten Ausbildungsgängen aller rehabilitationsrelevanten Berufsgruppen eine Orientierung bieten.

7 Wissenschaftsrat. Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020 (Drs. 7271-18), September 2018. Link [Abruf 4.7.2019]: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf>.

Zugang zur Rehabilitation aus der ambulanten Versorgung: Auf dem Weg zum Optimum

von Angelika von Schütz, Stellvertretende Vorsitzende
Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Wenn die kurative Behandlung an ihre Grenzen kommt und es darum geht, mit den Auswirkungen der Erkrankungen bestmöglich zu leben, zählen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu den wichtigsten Weichenstellern zur medizinischen Rehabilitation. Sie kennen das Gesundheitsproblem und die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen als auch das Lebensumfeld ihrer Patientinnen und Patienten. Es gibt keine besseren Voraussetzungen, um den Zugang zur Rehabilitation einzuleiten und dabei zwischen den Wünschen der Patienten zur bestmöglichen Teilhabe, den Einschränkungen durch die Erkrankung, den noch bestehenden Körperfunktionen und dem Lebensumfeld des Patienten abzuwägen. Im Sinne der Patienten ist es daher ein großer Erfolg, dass der Zugang seit 2016 durch die Rehabilitation-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erleichtert wurde. Seither kann jede niedergelassene Ärztin und jeder Arzt Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnen. Für die Aufhebung dieser Zulassungsbeschränkung hatte sich die Ärzteschaft jahrelang eingesetzt.

Ein zusätzlicher Meilenstein wurde mit der Abschaffung des Formulars 60 erreicht, des als Sinnbild der Überbürokratie empfundenen „Antrags auf den Antrag“, mit dem Ärzte zunächst das Antragsformular des richtigen Trägers beantragten konnten. Auf Drängen der niedergelassenen Ärzte konnten die Krankenkassen ebenfalls im Jahr 2016 überzeugt werden, sich dieses weiteren Hemmschuhs für den Zugang zur Rehabilitation zu entledigen.

Seither stiegen die Zahlen für Anträge auf medizinische Rehabilitation zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) merklich an. Waren es in 2015 noch rund 159.600 Verordnungen, wurden 2018 insgesamt 255.900 Verordnungen zulasten der GKV ausgestellt und abgerechnet¹. Ein Plus von rund 60 Prozent. Vor 2016 waren durch die obligate Nutzung des „Antrags auf den Antrag“ zwar falsche Trägerallokationen so gut wie ausgeschlossen, so dass in

1 Nach Abrechnungsstatistik KBV.

diesen Verordnungszahlen sicher auch Verordnungen eingeschlossen sind, die anderen Trägern zuzuordnen sind. Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass durch die Abschaffung der Zulassungsbeschränkung und des Formulars 60 der Zugang zur ambulanten Rehabilitation deutlich erweitert wurde.

Und dennoch ist davon auszugehen, dass das Potenzial der Rehabilitationen und die Möglichkeiten des Zugangs aus der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung noch nicht gänzlich gehoben sind. Der Anteil der Ärzte, die medizinische Rehabilitation tatsächlich verordnen, ist von 2015 auf 2018 zwar ebenfalls gestiegen (von 17 auf 28 %), allerdings verordnen rund zwei Drittel aller Vertragsärzte gar keine Rehabilitation zulasten der GKV. Mit Blick auf die Zahl der Verordnungen je Arzt ist ebenfalls festzustellen, dass noch „Luft nach oben“ zu sein scheint. Je Arzt wurden im Jahr 2018 im Mittel 4,6 Reha-Verordnungen ausgestellt. Bemerkenswert daran ist, dass Hausärztinnen und Hausärzte nur rund 4,3 Verordnungen im Jahr und damit weniger als der Durchschnitt ausgestellt haben.

Um den Zugang zur medizinischen Rehabilitation noch weiter zu verbessern, muss es daher vordringliches Ziel sein, die positiven Einflüsse der Rehabilitation noch weiter in den Fokus der niedergelassenen Vertragsärzteschaft zu rücken. Nach Verzicht auf ein verbindliches Qualifikationserfordernis zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation zu Gunsten einer Erweiterung des Kreises potentieller Verordner kommt es umso mehr darauf an, Informationsangebote zu schaffen, die Ärzte freiwillig konsumieren wollen. Dazu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung zwar eine ansprechende Broschüre erarbeitet, die ein gutes Gleichgewicht zwischen untergesetzlichen Grundsätzen und anwendungsorientierten Beispielen aus der Praxis findet. Allerdings muss sich diese im Zeitalter des Informationsüberflusses trotz zunehmender Digitalisierung und einer damit einhergehenden E-Mail-Flut gegen den Stapel von Papieren, die den täglichen Posteingang der Arztpraxen dominieren, durchsetzen. Ein wahrlich schweres Unterfangen!

Da gleichzeitig die zur Verfügung stehende Arztzeit² sinkt, sich gleichzeitig alle Ärztinnen und Ärzte mehr Zeit für ihre Patienten und Patientinnen wünschen³, wird im Überangebot an Informationen zwangsläufig priorisiert,

2 Die Zeit, die ein Arzt oder Psychotherapeut für die Behandlung von Patienten zur Verfügung hat, nimmt seit einigen Jahren stetig ab. Mehr dazu unter https://www.kbv.de/html/themen_38343.php.

3 Siehe u.a. Projekt „Mehr Zeit für Behandlung“ unter der Leitung des Nationalen Normenkontrollrates: http://www.kbv.de/media/sp/NKR_Positionspapier_Arztpraxenprojekt.pdf.

wodurch entsprechende Informationsmaterialien unter Umständen hinten runterfallen.

Um Informationen zur medizinischen Rehabilitation „konkurrenzfähig“ zu machen, wurde eine Onlinefortbildung konzipiert⁴, die mittels CME-Punkte-Zertifizierung Anreize schafft, sich kritisch mit dem Thema Rehabilitation und der dahinter stehenden Systematik auseinanderzusetzen. Aber auch dieses Onlineangebot verbessert nur für diejenigen Patienten den Zugang, deren Ärzte mit dem CME-Punkte- Anreiz (CME für Continuing Medical Education) erreicht werden konnten.

Um einen systematischen Zugang zur Reha zu ermöglichen, wird es weitergehender Initiativen bedürfen. Wenn es der Gesetzgeber ernst meint mit dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ und „Reha vor Rente“ und sich die bereits gewonnene Evidenz der medizinischen Rehabilitation verstätigt⁵, muss eine Möglichkeit geschaffen werden, den Bedarf an medizinischer Rehabilitation in den Praxen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen systematisch zu erfassen. Dies könnte zum Beispiel in einem Setting analog der Vorsorgeuntersuchungen geschehen, in dem jeder Patient ab einem bestimmten Alter oder mit definierten Risikoprofilen einen Anspruch auf ein „Screening“ erhält. Bei dieser Untersuchung könnte durch entsprechend qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der konkrete Bedarf eruiert und die erforderliche Verordnung gleich ausgestellt werden. Mit diesem Modell würde der Zugang zur medizinischen Rehabilitation systematisiert werden. Das Potential der Reha könnte einem noch größeren Patientenkreis zugänglich gemacht werden. Die Rolle der Vertragsärzteschaft als wesentlicher Wegbereiter zur Reha würde gestärkt werden. Das bedeutet aber auch, dass die damit einhergehende Verantwortung gewissenhaft wahrgenommen werden muss. Die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die für diese Art von Assessment heute schon qualifiziert wären, könnten erste Ansprechpartner für eine solche Leistung sein. Bleibt also nur noch die Frage, warum es einen solchen Anspruch eigentlich noch nicht gibt!?

4 Fortbildungsportal der KBV: weitere Informationen und Zugang: <https://www.kbv.de/html/7703.php>.

5 Übersicht der aktuellen Forschungsergebnisse u.a. im Rahmen des 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_28_reha_kolloqu_15th_efrr.pdf.

