

**AUS DEN GREMIEN DER BAR**

Vorstandssitzung der BAR	3
Mitgliederversammlung der BAR	4

**AUS DER ARBEIT DER BAR**

Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“	8
Arbeitskreis „Rehabilitation und Teilhabe“	9
Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen	11
BAR-Geschäftsbericht 2003/2004	12
Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung 2005	12

**REHA UND TEILHABE AUF BUNDESEBENE**

28. Treffen der Beauftragten / Beiräte für behinderte Menschen und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	14
Teilhabeplan angestoßen - Zukunftskonferenz in Rheinsberg	15

## REHA - PUBLIKATIONEN

Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung	17
Jahresbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten erschienen	17
Neurologische Rehabilitation	18
Lebenshilfe-Ratgeber zum Persönlichen Budget	18

## AKTUELLE MELDUNG

Trägerübergreifendes Persönliches Budget 18. – 20. Oktober 2005 in Stuttgart	19
--	----

## TAGUNGEN - MESSEN - KONGRESSE

Menschen mit Behinderung fordern Teilhabe: REHACARE International 2004 in Düsseldorf	20
Ergebnisse der BAR-Fachtagung „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen – Ein Modell mit Zukunft?“	20

## KURZ GEMELDET

Das Bundeskabinett hat am 15.12.2004 einen Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe verabschiedet	22
Entwurf eines Antidiskriminierungsgesetzes liegt vor	22

Herausgeber:  
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR),  
Walter-Kolb-Str. 9-11, 60594 Frankfurt am Main

Redaktion:  
Günter Thielgen (verantwortlich),  
Telefon: (069) 605018-23/-19, Telefax: (069) 605018-28

Gestaltung:  
Gabriele Lohmann

E-Mail: [info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de)  
Internet: <http://www.bar-frankfurt.de>

Nachdruck mit Quellenangabe erwünscht;  
Belegexemplar erbeten

**Anlage:**

Faltblatt „*Rehabilitation und Teilhabe*“

Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung  
2005

## Vorstandssitzung der BAR

Unter Vorsitz von Reinhard Ebert fand am 4. November 2004 im neu bezogenen Gebäude der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin die turnusmäßige Herbstsitzung des Vorstandes der BAR statt. In seinem Vortrag beleuchtete der Vorstandsvorsitzende ausführlich die aktuellen Arbeitsbereiche der BAR. So berichtete er über die vorläufigen Handlungsempfehlungen im Zusammenhang mit der Erprobung trägerübergreifender Persönlicher Budgets, erläuterte den Stand der Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlungen nach dem SGB IX und befasste sich mit der anstehenden Neuauflage des „Wegweisers für Ärzte“ sowie der Umsetzung der ICF für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit innerhalb der Rehabilitation. Im Anschluss diskutierte der Vorstand eingehend den „Orientierungsrahmen für die Arbeit der BAR ab 2004“ sowie den Vorschlag einer Ergänzung der Satzungsbestimmung hinsichtlich Zweck und Aufgaben der BAR in Bezug auf Effektivität und Effizienz.

### **Orientierungsrahmen für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation**

Der BAR-Orientierungsrahmen ist Ergebnis der Beratungen der vom Vorstand in seiner diesjährigen Frühjahrssitzung eingesetzten Arbeitsgruppe „Fortschreibung des Arbeitsprogramms der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)“.

Teil A des Orientierungsrahmens beschreibt die Ausgangslage und Zielperspektive, im Hauptteil B werden, in insgesamt 22 Themenbereiche untergliedert, detaillierte Aufgabenstellungen der BAR definiert. Deutlich erkennbar wird daraus das zentrale Anliegen der BAR, die im SGB IX niedergelegten Herausforderungen durch die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Leistungsträger mit wirksamen Instrumenten sicherzustellen und so die Zusammenarbeit der Reha-Träger weiter zu verbessern.

Auf der Umsetzung des SGB IX, vor allem festzumachen an den Gemeinsamen Empfehlungen und den Gemeinsamen Servicestellen, wird daher zumindest auch in der nächsten Zeit der Schwerpunkt der Arbeit der BAR liegen.

Der Vorstand hat die BAR um sukzessives Aufgreifen der im Orientierungsrahmen formulierten Handlungsaufträge gebeten.

Außerdem hat sich der Vorstand bereits im Grundsatz für die Durchführung eines BAR-Bundeskongresses im Jahr 2007, ggf. in Verbindung mit der Veranstaltung „Con social“, ausgesprochen und die BAR-Geschäftsstelle gebeten, eine entscheidungsreife Ideenskizze mit Finanzierungsplan zu erarbeiten. Diese wird dem Vorstand in seiner nächsten Sitzung noch gesondert zur Entscheidung vorgelegt werden.

### **Ergänzung der Satzung der BAR**

Im Rahmen der Diskussion um Rolle, Funktion und Finanzierung hatte die Bundesagentur für Arbeit, die Erwartung einer noch stärkeren Ausrichtung der BAR-Arbeit auch an Fragen der Wirtschaftlichkeit geäußert.

Bei allen Leistungen zur Teilhabe soll neben der Wirksamkeit auch verstärkt die Wirtschaftlichkeit beim Einsatz der Ressourcen beachtet werden. Um diesem Auftrag auch nach außen sichtbar Nachdruck zu verleihen, hat sich der BAR-Vorstand mit dem Vorschlag einer entsprechenden satzungsmäßigen Erweiterung des Aufgabenkatalogs der BAR befasst.

Empfohlen hat er der Mitgliederversammlung der BAR dementsprechend eine Ergänzung des Aufgabenkatalogs in § 3 Abs. 2 Satz 2 der BAR-Satzung. Verpflichtend soll darauf hingewirkt werden, dass die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ohne Einschränkung der Teilhaberechte effektiv und effizient erbracht werden.

## **Mitgliederversammlung der BAR**

Unter Vorsitz von Detlev Behrens fand am 5. November 2004 in Berlin die diesjährige Mitgliederversammlung der BAR statt.

Schon in seinem Grußwort wies Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Vorstandsvorsitzender der KBV, auf das starke Interesse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an der Thematik der Rolle des niedergelassenen Arztes in der Rehabilitation hin. Der mittlerweile in der gesamten medizinischen Versorgung spürbare Paradigmenwechsel von der Akutversorgung zur Langzeitversorgung chronisch kranker Menschen mache eine Einbeziehung der Rehabilitation in die ärztliche Routineversorgung immer sinnvoller. Es sei wichtig, die vielen unterschiedlichen Ausprägungen der Rehabilitation und die Träger im gegliederten System wirksam und ausgewogen zu koordinieren. Dieser Aufgabe habe sich die BAR seit ihrer Gründung im Jahr 1969 sehr erfolgreich gewidmet. Die KBV – gewissermaßen als „Scharnier“ zwischen Ärzten und Reha-Trägern – trage ihrerseits dafür Sorge, dass die Vertragsärzte in das System der medizinischen Rehabilitation eingebunden und über die Rahmenbedingungen informiert seien.

Der Vorstandsvorsitzende Reinhard Ebert blickte im Anschluss auf die Arbeit der BAR in den vergangenen 12 Monaten zurück: Mittlerweile seien sechs Gemeinsame Empfehlungen in Kraft getreten, und vier neue stünden vor dem Abschluss. Mit den am 1. November veröffentlichten vorläufigen Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung durch ein Persönliches Budget“ habe die BAR Neuland betreten.

Begonnen habe man außerdem die Arbeit an einer neuen Arbeitshilfe „Rehabilitation und Teilhabe rheumatisch/muskuloskeletal kranker und behinderter Menschen“. Überarbeitet werde zur Zeit die Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Mit der Neuauflage des „Wegweisers für Ärzte“ der BAR werde die inzwischen veränderte Gesetzeslage im Bereich der Rehabilitation berücksichtigt und die Grundlagen und Verfahren einer patientenzentrierten und zielgruppengenauen Rehabilitation auf der Grundlage der ICF etabliert.

Auch sei das BAR-Modellprojekt „Case Management zur Erhaltung von Ausbildungs- und Arbeitsverhältnissen behinderter Menschen“ (CMB) mit einer Fachtagung im Oktober 2004 in Nürnberg erfolgreich abgeschlossen worden. (siehe Bericht S. 20)

## **Schwerpunktthema der Mitgliederversammlung: Die Rolle des niedergelassenen Arztes in der Rehabilitation**

Dr. Wolfgang Aubke von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung leitete seinen Vortrag mit der Einschätzung ein, dass die Bedeutung des Versorgungssektors der Rehabilitation angesichts der demographischen Entwicklung und des sich wandelnden Morbiditätsspektrums kontinuierlich weiter wachsen werde.

## **Rechtliche Grundlagen**

Die zunehmende Bedeutung der Rehabilitation werde durch eine Reihe von Entwicklungen auf der gesetzgeberischen Ebene deutlich. Vor allem das SGB IX und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) seien hier zu nennen, sowie die intensiven Bemühungen der Rehabilitationsträger zu einheitlichen Begutachtungsanleitungen zu kommen. Auch die BAR trage mit der Gestaltung der Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation und der Gemeinsamen Empfehlungen gemäß §§ 12, 13 SGB IX dieser Entwicklung Rechnung. Hinzu komme im ärztlichen Bereich der Ausbau der rehabilitativen Inhalte im Rahmen

der Novellierung der ärztlichen (Muster) - Weiterbildungsordnung. Damit seien die Voraussetzungen geschaffen worden, auf der Weiterbildungsebene auch die entsprechenden Berufsfelder inhaltlich und qualitativ zu definieren. Wesentlich sei schließlich noch die Weiterentwicklung der Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses, die am 1.4.2004 in Kraft getreten seien.

## **Reha-Richtlinien und Integration der Vertragsärzte in die Rehabilitation**

In der Regel werde der Patient beim Vertragsarzt zum potentiellen Rehabilitanden. Da hier der Systemwechsel der Leistungsarten stattfinden müsse, sei die Integration der Vertragsärzte in den Versorgungssektor der Rehabilitation elementare Voraussetzung um eine notwendige, zweckmäßige, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sicherzustellen.

Die Schnittstellen zum Reha-Zugang seien mit der Einführung der Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 1.4.2004 für alle Beteiligten transparenter geworden. Zugleich habe sich die Versorgungskette für die betroffenen Patienten, die verordnenden Vertragsärzte und den Kostenträger GKV zeit- und sachgerecht verbessert. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation würden damit zu einem wesentlichen Therapieelement eines jeden Vertragsarztes. Daher sehe die KBV darin auch eine zeitgerechte Bereicherung des vertragsärztlichen Instrumentariums.

## **Versorgungspolitische Auswirkungen und Ziele**

Zielsetzung dabei sei, die konzeptionelle Grundlage der Rehabilitation in Form der ICF für alle Arztgruppen zugänglich zu machen und sie so in die vertragsärztliche Versorgung zu implementieren. Die „babylonische Sprachverwirrung“ zwischen den Institutionen, Versorgungssektoren und beteiligten Professionen müsse durch Vermittlung einer einheitlichen Terminologie überwunden und die Barrieren zwischen

den Vertragsärzten und den Rehabilitationsträgern durch Gestaltung eines einheitlichen Reha-Abklärungsprozesses minimiert werden. Um die Früherkennung des Rehabilitationsbedarfs zu verbessern, müssten „Unter-, Fehl- oder Überversorgung“ bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vermindert und so die finanziellen Ressourcen wirtschaftlich genutzt werden.

## **Ausbau der Kommunikation auf Grundlage der Rehabilitations-Richtlinien**

Hervorzuheben sei, dass mit der Einführung der Rehabilitations-Richtlinien die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Akteuren, Professionen und Einrichtungen verbessert sowie die Voraussetzung dafür geschaffen werde, zu einer einheitlichen Einleitungs- und Verordnungspraxis zu gelangen. Um eine permanent fortschreitende qualitätsorientierte Verbesserung der rehabilitativen Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, wolle die Kassenärztliche Bundesvereinigung diesen Prozess aktiv forcieren. Maßgeblich sei daher der Ausbau der Kommunikation mit allen Reha-Trägern, um die Vertragsärzte einheitlich, verantwortungsbewusst und sachgerecht bei der Bewältigung der Aufgaben im Versorgungssektor der Rehabilitation unterstützen zu können.

Rolle des niedergelassenen Arztes in der Rehabilitation aus Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung

Seinen Vortrag leitete Dr. Rolf Buschmann-Steinhage vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger mit Feststellungen der Reha-Kommission des VDR aus dem Jahr 1991 ein:

Die Bedeutung des niedergelassenen Arztes für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen ergebe sich daraus, dass er den Patienten und dessen familiäre und berufliche Situation besser als andere (anregende Stellen) kenne, so dass sein Urteil bei der Anregung ins Gewicht fallen müsse und auch für den Ablauf der Rehabilitation von Bedeutung sei. Die Rehabilitationsbehandlung stelle eine zeitlich begrenzte Maßnahme dar, während der Patient – da

es sich häufig um chronische Erkrankungen handele – langfristig beim niedergelassenen Arzt in Behandlung sei. Der niedergelassene Arzt sollte die Rehabilitationsbehandlung als Bestandteil seines Behandlungsplanes auffassen.

## **Einstellung der Hausärzte zur (medizinischen) Rehabilitation**

Eine Projektstudie im Rahmen des Förderungsschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften habe ergeben, dass bei niedergelassenen Ärzten grundsätzlich eine positive Einstellung zur medizinischen Rehabilitation, vor allem zur Anschlussheilbehandlung (AHB) bestehe.

Von hausärztlicher Seite werde ein Ausbau der ambulanten Rehabilitation grundsätzlich befürwortet. Kritisiert werde dagegen das Antrags- und Bewilligungsverfahren, das für sie zu wenig durchschaubar sei. Von den niedergelassenen Ärzten betont werde auch ihre grundsätzliche Autonomie gegenüber Therapieanschlüssen aus den Rehabilitationskliniken.

## **Hausarzt und Patient auf dem Weg in die medizinische Rehabilitation**

Der niedergelassene Arzt habe eine gute Chance, Rehabilitationsbedarf zu erkennen. Seine Aufgabe sei die Beratung des Patienten über Ziele, Inhalte, Ablauf und Dauer einer Rehabilitation. Die Anregung eines Reha-Antrages gehöre zum Weg in die Rehabilitation. Für den Bereich der Rentenversicherung sei der Hausarzt-Befundbericht ein Teil der sozialmedizinischen Beurteilung. Allerdings würden die Anforderungen an die Entscheidung über Rehabilitationsanträge in Zukunft wachsen. Vielleicht sei auch nicht jedem niedergelassenen Arzt klar, dass die Reha-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (nur) für die Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen gelten.

## **Hausarzt und Rehabilitationseinrichtung während der medizinischen Rehabilitation**

Kommunikation und Kooperation sei bei stationärer Rehabilitation aus praktischen Gründen schwierig, werde nach den Ergebnissen der Studien von den Hausärzten aber auch nur zum Teil vermisst. Kommunikation und Kooperation auch während der Rehabilitationsleistung wären allerdings dort ausbaubar, wo die Rehabilitation wohnortnah, z.B. ambulant, erbracht werde. Eine spannende Frage sei insoweit, ob die Kommunikation durch Telematik-Anwendungen (eHealth) einen Schub nach vorn bekomme.

## **Hausarzt und Patient nach der medizinischen Rehabilitation**

Bei der Rentenversicherung gebe es Überlegungen, ob man den Reha-Entlassungsbericht besser auf den Hausarzt/den niedergelassenen Arzt zuschneiden könne.

Sinnvoll wäre in jedem Fall, wenn ein richtiges Nachsorgegespräch beim niedergelassenen Arzt stattfinde würde, in dem die Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation und die Konsequenzen für das weitere Erleben und Verhalten besprochen und reflektiert würden.

## **Perspektiven**

Wichtige Stichworte in der gesundheitspolitischen Diskussion seien „Disease-Management-Programm“ (DMP) und „integrierte Versorgung“. Diesbezüglich habe sich die Rentenversicherung immer wieder in Stellungnahmen dafür eingesetzt, dass die Rehabilitation in diesen Zusammenhängen ihren notwendigen Stellenwert bekomme. Beide Konzepte seien ehrgeizige Ansätze, die Sektoren/Grenzen im Gesundheitswesen zu überwinden. Das fange beim niedergelassenen Arzt an und sollte bei der Rehabilitation nicht aufhören.

## **Reha-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Die an der ICF ausgerichteten Reha-Richtlinien könnten entscheidend dazu beitragen die Beteiligten stärker für die Rehabilitation und ihre Notwendigkeit zu sensibilisieren.

Deutlich werde jedenfalls , dass durch die Reha-Richtlinien die Einbeziehung der niedergelassenen Vertragsärzte verstärkt werde. So müssten die Krankenkassen z.B. eine Rückmeldung über die Entscheidung über den Rehabilitationsantrag an den Arzt geben und ggf. auch begründen, warum sie den Antrag ablehnen.

Darüber hinaus gebe es auch die hausarztzentrierte Versorgung in den neuen Bestimmungen des SGB V. Das könnte dazu führen, dass der Hausarzt auch mehr in Richtung dauerhafte Behandlung chronischer Erkrankungen einschließlich medizinischer Rehabilitation tätig werde. Mit den Aufgaben eines umfassenden Case Managers für chronisch Erkrankte inklusive der Rehabilitation sei der Hausarzt angesichts der Realität in den Arztpraxen und Rehabilitationseinrichtungen wohl doch letztlich überfordert .



## Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“

Der Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ hat in seiner letzten Sitzung für dieses Jahr mehrere gemeinsame Empfehlungen auf den Weg gebracht.

Die **Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“** nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX hat der Ausschuss zum 1. Dezember 2004 in Kraft gesetzt. Deren Bedeutung besteht darin, dass die Erstellung eines individuellen Teilhabeplans ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung der einzelnen Leistungen innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe darstellt. Der Teilhabeplan dient insbesondere auch dem Ziel einer besseren Leistungsverzahnung durch Koordination der Leistungen und Kooperation der Rehabilitationsträger. Bei Erstellung, Anpassung und Fortschreibung werden die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen aktiv einbezogen. Damit soll die Mitwirkung im gesamten Geschehen von Rehabilitation und Teilhabe gestärkt werden. Der Teilhabeplan ist bei erforderlichen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit mit der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II, bei erforderlicher Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff. SGB XII mit dem Gesamtplan nach § 58 SGB XII und bei erforderlicher Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) mit dem Hilfeplan nach § 36 SGB VIII abzustimmen. Hierzu treffen die beteiligten Leistungsträger nähere Verfahrensabsprachen mit dem Ziel einer abgestimmten, koordinierten und einheitlichen Planung des Rehabilitationsprozesses im Rahmen des übergreifenden Teilhabeplans. Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht, ist der Teilhabeplan mit der Zielvereinbarung nach § 4 Budget V abzustimmen.

Um die praktische Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ zu erleichtern, hat der Ausschuss in seiner De-

zember-Sitzung überdies einen „Mustervordruck Teilhabeplan“ verabschiedet. Dieser muss noch in den Gremien der Spitzenverbände der Leistungsträger beraten und auf die jeweiligen Bereiche übertragen werden.

Der Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ hat außerdem die Gemeinsamen Empfehlungen „Prävention“, „Frühzeitige Bedarfserkennung“ und „Integrationsfachdienste“ verabschiedet und das gesetzlich vorgeschriebene Zustimmungsverfahren sowie Verfahren zur Benehmensherstellung eingeleitet.

In der **Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“** nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX werden gesundheitliche Risiken und Prävention umfassend unter Bezug auf die ICF zunächst allgemein definiert und daran anschließend bestimmte Lebensphasen und Lebensbereiche konkretisiert. Exemplarisch benannt werden bei Erwerbstätigen gesundheitliche Risiken, die im betrieblichen Umfeld manifest werden und zu Behinderungen einschließlich chronischer Erkrankungen führen können. Dabei werden sowohl betriebliche Einflüsse als auch Einflüsse aus dem übrigen Lebenszusammenhang der Beschäftigten berücksichtigt. So wird der Weg geebnet, gesundheitliche Risiken und Präventionsmaßnahmen in anderen Lebensphasen (z.B. Kindheit, Jugend, Alter) und in anderen Risikobereichen (z.B. Familie, Schule, Arbeitslosigkeit, Pflegebedürftigkeit) im Rahmen weiterer gemeinsamer Empfehlungen aufzugreifen.

Intention der **Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“** nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX ist, dass alle am Verfahren Beteiligten, nicht zuletzt niedergelassene Ärzte, Krankenhaus- und Klinikärzte sowie Werks- und Betriebsärzte, erste Anzeichen eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe frühzeitig erkennen. Damit soll eine durch Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung verhindert und Leistungen zur Teilhabe so rechtzeitig wie möglich eingeleitet werden. Auf diese Weise können vorhandene Rehabilitationschancen sowie die Motivation

rehabilitationsbedürftiger Menschen zur Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen optimal genutzt und unterstützt werden. Dementsprechend müssen alle Sozialleistungsträger die Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe prüfen, wenn Sozialleistungen wegen einer Behinderung oder drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden. Die Rehabilitationsträger und Integrationsämter sind aufgefordert, vorhandene Instrumentarien zur Erkennung von Risikokonstellationen, wie z.B. Screening-Verfahren, Assessmentverfahren, strukturierte Befundberichte und Gutachten oder Selbstauskunftsbögen, weiterzuentwickeln und möglichst trägerübergreifend zu vereinheitlichen. Insgesamt geht es um die Entwicklung eines möglichst niederschweligen Frühwarnsystems bzw. die Beschreibung von Anhaltspunkten für einen Bedarf, die sich durch Störungen der Körperfunktionen und –strukturen sowie Einschränkungen auf der Ebene der Aktivitäten oder Teilhabe zeigen. Auf dieser Grundlage soll, unabhängig vom zuständigen Rehabilitationsträger, die Notwendigkeit für Leistungen zur Teilhabe überprüft werden.

Mit der **Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“** nach § 113 Abs. 2 SGB IX wird ein Instrument vorgelegt, das sicherstellt, dass die Dienstleistungen der Integrationsfachdienste (IFD) nach einheitlichen Grundsätzen und Qualitätsstandards erbracht werden. Die IFD stellen zur Unterstützung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein Beratungs- und Betreuungsangebot bereit, das neben die schon vorhandenen Leistungen und eigenen Unterstützungsangebote der Vereinbarungspartner zur Teilhabe am Arbeitsleben tritt. Hierbei werden die IFD trägerübergreifend tätig. Die Beschäftigungssituation behinderter Menschen soll durch einen niederschweligen Zugang zum IFD und durch dessen Aktivitäten auch im Rahmen der Prävention nachhaltig verbessert werden. Ziel der Gemeinsamen Empfehlung ist die Schaffung einheitlicher und verbindlicher Kriterien zur Beauftragung, Verantwortung und Steuerung sowie zur Finanzierung und bedarfsgerechten Ausstattung der Integrationsfachdienste. Vor allem ist vereinbart, dass

die Rehabilitationsträger keine festen Kontingente verabreden müssen, die Vergütungen für Berufsbegleitung und Vermittlung erfolgsorientiert ausgezahlt werden sowie eine Abrechnung über die Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste auch direkt zwischen beauftragendem Rehabilitationsträger und dem Integrationsfachdienst erfolgen kann.



## Arbeitskreis „Rehabilitation und Teilhabe“

Der Arbeitskreis „Rehabilitation und Teilhabe“ hat sich in seiner Dezember-Sitzung zunächst mit der Thematik „Persönliches Budget“. Mit den zum 1. Juli 2004 wirksam gewordenen Konkretisierungen der seit 2001 bestehenden Regelungen im SGB IX und der zur gleichen Zeit in Kraft getretenen Budgetverordnung ist es zu einer deutlichen Aufwertung des Persönlichen Budgets gekommen. Hiermit können behinderte Menschen ihren Bedarf an Teilhabeleistungen in eigener Verantwortung und Gestaltung decken und selbst bestimmen, welche Hilfen wann, wie und durch wen in Anspruch genommen werden. In Deutschland wird damit weitgehend Neuland betreten, insbesondere dann, wenn das Persönliche Budget trägerübergreifend, d.h. durch mehrere Leistungsträger wie z.B. die Sozialhilfe, die Integrationsämter und die Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung gemeinsam und als Komplexleistung erbracht wird. Die Erwartungen potentieller Budgetnehmer beruhen dabei vor allem auf der umfassenden Berücksichtigung ihrer Wunsch- und Wahlrechte (Selbstbestimmung und Teilhabe), der stärkeren Ausrichtung am individuellen Bedarf (Bedarfsgerechtigkeit) und der Weiterentwicklung tradierter Angebotsstrukturen hin zu ambulanten und wohnortnahen Versorgungsmöglichkeiten. Um eine abgestimmte Ausführung des Persönlichen Budgets als Komplexleistung zu unterstützen, wurden von einer BAR-Arbeitsgruppe bestehend aus

Vertretern der Verbände behinderter Menschen, der Verbände der Leistungserbringer und der Rehabilitationsträger, der Pflegeversicherung und der Integrationsämter vorläufige, Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ entwickelt. Diese am 1. November 2004 veröffentlichten Handlungsempfehlungen enthalten z.B. Übersichten über die beispielhaft für ein Persönliches Budget geeigneten Leistungen, Anregungen für die Ausgestaltung des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens und verschiedene Mustervordrucke. Durch den Status der Vorläufigkeit konnte dabei sowohl dem Wunsch nach einer zeitnahen Veröffentlichung einer Handreichung für die praktische Arbeit vor Ort Rechnung getragen als auch der Experimentiercharakter Persönlicher Budgets berücksichtigt werden.

Nachdem der Arbeitskreis bereits in seiner Sitzung im Frühjahr 2003 die Durchführung dieses Projektes ausdrücklich begrüßt und hierbei insbesondere eine Erprobung von persönlichen Budgets in einem trägerübergreifenden Modellprojekt als sehr wichtig erachtet hat, hat er in seiner diesjährigen Sitzung über Schritte und Maßnahmen beraten, wie die Erprobung und Umsetzung trägerübergreifender Persönlicher Budgets unterstützt werden kann.

Weiteres Thema der Arbeitskreissitzung war die RPK-Empfehlungsvereinbarung und ihre Fortschreibung mit dem Ziel größerer Flexibilisierung unter Ermöglichung ambulanter Angebote und Angleichung an die ICF-Nomenklatur. Insbesondere wird dabei dem personenzentrierten Ansatz in der psychiatrischen Versorgung Rechnung getragen, der das Lebensumfeld des behinderten Menschen aktiv in den Prozess der Rehabilitation und Teilhabe einbezieht. Der Arbeitskreis hat den Entwurf einer modifizierten und aktualisierten RPK-Empfehlungsvereinbarung verabschiedet und den Vereinbarungspartnern empfohlen.

Daneben lagen dem Arbeitskreis Vorentwürfe zur Neubearbeitung der Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und der Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe rheumatisch/muskuloskeletal kranker und behinderter Menschen vor. Zur Erstellung abgestimmter Entwürfe hat der Arbeitskreis jeweils eine Projektgruppe eingesetzt, in der seine Anregungen und Ergänzungen weiter bearbeitet werden sollen.

Der Arbeitskreis hat sich ferner mit dem Entwurf von Rahmenempfehlungen zur trägerübergreifenden umfassenden Behandlung und Rehabilitation querschnittgelähmter Menschen befasst, denen das Bezugssystem der funktionalen Gesundheit der ICF zugrunde liegt. Deren Ziel ist die Verbesserung der Versorgungssituation von querschnittgelähmten Menschen insgesamt von der Akutbehandlung bis zur Nachsorge durch Vorgabe von Standards für die Behandlung/Rehabilitation sowie für die Einrichtungen. Der Arbeitskreis hat gegenüber den Vertragspartnern den Abschluss der Rahmenempfehlungen empfohlen.

Darüber hinaus beschäftigte sich der Arbeitskreis mit der Entwicklung wohnortnaher Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte Menschen, mit der sich die BAR bereits seit längerem intensiv befasst. Zielperspektive ist die verstärkte Förderung ambulanter betrieblicher Maßnahmen. Die dem BAR-Modellprojekt „REGIONALE NETZWERKE zur beruflichen Rehabilitation (lern)behinderter Jugendlicher - REGINE“ zu Grunde liegende Konzeption soll vermehrt wohnortnahe Ausbildungsangebote für behinderte Jugendliche im dualen Ausbildungssystem erschließen. In einem Netzwerk-Verbund sollen regionale Leistungsmöglichkeiten genutzt werden, so dass Bildungsträger für den einzelnen Jugendlichen die notwendigen Dienstleistungen, Beratungs- und Betreuungsangebote individuell und damit passgenau bereit stellen können. Das Modellprojekt wurde zum Ende des Jahres 2003 abgeschlossen. Nach der Präsentation des REGINE-Abschlussberichts wurden die positiven Prüfungserfolgs- und Eingliederungsquoten von vielen Fachleuten anerkannt. Gleichwohl wurde angeregt, das bisher vorliegende unvollständige Bild durch Informationen über die Ergebnisse weiterer REGINE-

TeilnehmerInnen zu ergänzen, um so zu einem abschließenden Urteil gelangen zu können. Die Durchführung der Untersuchung, die Auswertung der Befragungsergebnisse und die Berichterstattung erfolgen durch das Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS) mit Unterstützung und Beratung durch Mitarbeiter der BAR. Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat bereits schriftlich signalisiert, im Rahmen der Initiative „jobs“ das Projekt unter dem Titel „Evaluation von nachhaltigen Erfolgen wohnortnaher, betrieblicher Erstausbildung (lern-) behinderter Jugendlicher“ zu fördern.



## **Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen**

Am 01. Dezember 2004 hat die BAR erstmalig dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und den Bundesländern über die Gemeinsamen Servicestellen nach § 24 Abs. 2 SGB IX berichtet. Die Grundlage dafür bilden die Mitteilungen der Rehabilitationsträger mit den folgenden Schwerpunkten und deren anschließende Erörterung mit den Verbänden behinderter Menschen:

### **Erfahrungen über die Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen**

Die nahezu flächendeckende Einrichtung Gemeinsamer Servicestellen konnte zum 31.12.2002 erfolgreich abgeschlossen werden. Dabei wurde vorwiegend auf die bereits bestehenden Beratungsangebote der Träger und deren Fachpersonal zurückgegriffen. Darüber hinaus kamen zusätzliche Maßnahmen zum Tragen, wie die umfassendere Qualifizierung der Mitarbeiter, die stärkere Vernetzung der Angebote vor Ort, der Ausbau der Kontakte zu Verbänden behinderter Menschen und der Selbsthilfe und die Schaffung weitgehend barrierefreier Angebote.

Auf diese Weise wurden die räumlichen, fachlichen und personellen Voraussetzungen für die Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen im Grundsatz geschaffen.

### **Durchführung und Erfüllung der Aufgaben, insbesondere die Inanspruchnahme des zusätzlichen Beratungsangebotes**

Von den 556 Gemeinsamen Servicestellen (Stand: Oktober 2004) wurden im Zeitraum vom 01.01.2003 bis zum 30.06.2004 6986 Beratungen durchgeführt. Dabei wurden alle Fälle unter Einschaltung eines Teammitgliedes eines anderen Trägers berücksichtigt. Weitere 13075 Beratungen in Gemeinsamen Servicestellen konnten ohne Einschaltung eines Teammitgliedes des jeweiligen Trägers durchgeführt werden.

Die trotz verstärkter Öffentlichkeitsarbeit relativ geringe Inanspruchnahme wurde u.a. damit erklärt, dass sich behinderte Menschen sicherer als erwartet im gegliederten System der sozialen Sicherung bewegen und im Bedarfsfall ggf. direkt auf „spezialisierte“ Beratungsangebote des jeweils zuständigen Trägers zurückgreifen. Die durchgeführten Beratungen wurden als erfolgreich beschrieben. Dabei wurde oft eine verbesserte Kooperation der Beteiligten und eine Verfahrensbeschleunigung attestiert. Den Anforderungen, teilweise als eine „Schlichtungsstelle“ zu agieren, konnten die Gemeinsamen Servicestellen nicht gerecht werden.

### **Mögliche Verbesserungen**

Als mögliche Verbesserungen wurden vorgeschlagen: mehr Öffentlichkeitsarbeit, weitergehende Schulungskonzepte und erneute Schulungen der Mitarbeiter, Intensivierung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und Stärkung der Entscheidungskompetenz und Verantwortlichkeit der Gemeinsamen Servicestellen.

### **Erörterung**

Die BAR hat die aufbereiteten Stellungnahmen am 25. November 2004 unter Beteiligung der obersten Landessozialbehörden mit den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen

und der Interessenvertretungen behinderter Frauen erörtert. Der dazu vorgelegte Berichtsentswurf wurde um die Anregungen und Kritik aus der Erörterung ergänzt.

Der Bericht kann bei der Geschäftsstelle der BAR angefordert werden ([info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de)).



## **BAR-Geschäftsbericht 2003/2004**

Auch das abgelaufene Geschäftsjahr war wieder durch die grundlegenden Zielsetzungen des SGB IX geprägt. Die Aktivitäten der BAR spiegelten sich in der Umsetzung dieses umfassenden Gesetzauftrages.

So wurden im abgelaufenen Geschäftsjahr 4 neue Gemeinsame Empfehlungen entwickelt, die maßgeblich zur besseren Koordination der Leistungen und Kooperation der Leistungsträger beitragen.

Auch die Arbeiten an den BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben.

Hinzu kommen die vielfältigen Aktivitäten der BAR unter dem Stichwort „Weiterentwicklung in der Rehabilitation“. So konnten mit den erfolgreich abgeschlossenen Modellprojekten „REGIONALE NETZWERKE zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher – REGINE“ und „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen behinderter Menschen – (CMB) pragmatische Anstöße zur Weiterentwicklung der Rehabilitation und Teilhabe im Interesse der Betroffenen gegeben werden.

Darüber hinaus sind die vielfältigen satzungsmäßigen Aufgaben der BAR von der Öffentlichkeitsarbeit über die Fort- und Weiterbildung bis hin zum Erfahrungsaustausch aller an der Rehabilitation Beteiligten auch weiterhin Grundlage und fester Bestandteil der Arbeit der BAR.

Der Geschäftsbericht 2003/2004 wird im Januar 2005 erscheinen und kann bei der BAR-Geschäftsstelle, Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt/Main (Tel.: 069/60 50 18 – 0/ Fax: 069/60 50 18 – 29/ E-Mail: [info@bar-frankfurt.de](mailto:info@bar-frankfurt.de)) angefordert werden.



## **Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung 2005**

Für das Jahr 2005 bieten die BAR und einige ihrer Mitglieder wiederum trägerübergreifende Seminare für Fachkräfte in der Rehabilitation an. Die angebotenen Seminare decken ein breites Themenspektrum ab, bieten umfassende und aktuelle Informationen und vertiefen das für eine wirksame und bereichsübergreifende Rehabilitation und Teilhabe erforderliche Wissen. Dabei werden auch aktuelle Entwicklungen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigt.

Zu den Themen gehören „Umsetzung eines betrieblichen Eingliederungsmanagement“, „Neurologische Rehabilitation“, „Traumatische Querschnittlähmung“, „Umsetzung der frauenspezifischen Belange nach dem SGB IX“, „Qualitätssicherung“ und „Kollegiales Coaching“.

Folgende Seminare bietet die BAR selbst an:

- Rehabilitation und Teilhabe sinnesbehinderter Menschen
- Neue Entwicklungen bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Umsetzung eines betrieblichen Eingliederungsmanagement
- Ambulante medizinische Rehabilitation
- Umsetzung der frauenspezifischen Belange nach dem SGB IX
- Teilhabe am Arbeitsleben behinderter junger Menschen

- Rehabilitation und Teilhabe neurologisch erkrankter Menschen
- Trägerübergreifende Persönliche Budgets
- Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen
- Qualitätssicherung

Die angebotenen Seminare sind dem beiliegenden Faltblatt „Rehabilitation und Teilhabe –Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung 2005“ zu entnehmen. Anmeldungen bzw. Vormerkungen nehmen die im Faltblatt aufgeführten Veranstalter entgegen. Weitere Faltblätter können bei der BAR angefordert werden. Informationen zu den Seminaren stehen auf der Website [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de), Rubrik „Aktuelles“, zur Verfügung.

Ansprechpartner: Jens Altmann, Tel.: 0 69/ 60 50 18-35, Fax: 0 69 / 6050 18-29; E-Mail: [jens.altmann@bar-frankfurt.de](mailto:jens.altmann@bar-frankfurt.de)

## **schen und der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)**

Mehr Beschäftigungschancen für schwerbehinderte Menschen forderten die Beauftragten / Beiräte für behinderte Menschen bei ihrem diesjährigen Herbsttreffen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in Kassel. Die Teilnehmer der Tagung riefen die Arbeitgeber dazu auf, mehr behinderte Menschen einzustellen. Mit dem SGB IX stehe ein umfassendes Instrumentarium zur Beratung und Unterstützung von Arbeitgebern und behinderten Arbeitnehmern zur Verfügung. Behinderte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer seien oft hochqualifiziert und motiviert, müssten aber beim Bewerbungs- und Einstellungsverfahren immer noch mit weit verbreiteten Vorurteilen kämpfen. Obwohl sich die berufliche Integration behinderter und schwerbehinderter Menschen in den letzten Jahren in Deutschland verbessert hat, sei die Situation nach wie vor unbefriedigend.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unter Beteiligung einer Vielzahl von Unternehmern und Organisationen gestartete Initiative „**Jobs ohne Barrieren**“, mit der erreicht werden soll, dass behinderte und schwerbehinderte Menschen ihre Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben besser realisieren können ([www.jobs-ohne-Barrieren.de](http://www.jobs-ohne-Barrieren.de)), wurde deshalb von den Beauftragten/Beiräten für behinderte Menschen unterstützt. Dies umso mehr, als der Anteil schwerbehinderter Menschen an allen Arbeitslosen im Oktober 2004 auf 4,1% gestiegen ist.

Der Gastgeber des Treffens, Friedel Rinn, berichtete über positive Beispiele zur Beschäftigung behinderter Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst in Hessen. Mit 8.715 Pflichtplätzen, das entspricht 6,36 v.H. bei einer gesetzlich vorgeschriebener Quote von 5 v.H., liege das Land Hessen im Jahr 2003 nach wie vor an der Spitze bei der

Beschäftigung schwerbehinderter Menschen. Die Beauftragten / Beiräte für behinderte Menschen forderten alle Bundesländer nachdrücklich auf, ihrer gesetzlichen Pflicht nachzukommen und notwendige Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Integration behinderter Menschen zu ergreifen.

## **Erhalt des Landesblindengeldes**

Die Beauftragten / Beiräte für behinderte Menschen forderten die Regierungen und Parlamente der Bundesländer auf, sich für den Erhalt des Blindengeldes einzusetzen. Dabei wiesen sie auf das im SGB I und IX festgeschriebene Recht behinderter Menschen auf Ausgleich ihrer behinderungsbedingten Nachteile hin. Dieses Recht auf die notwendigen Nachteilsausgleiche müsse unabhängig von Einkommen und Vermögen gelten.

Im Rahmen dieser Diskussion wurde auf weitere strukturelle Reformen verwiesen. Bisherige Erfahrungen in der Umsetzung des SGB IX hätten die Notwendigkeit unterstrichen, eine verstärkte Kooperation der Leistungsträger und vollständige Koordination und Konvergenz des Leistungsgeschehens auf einer einheitlichen gesetzlichen Grundlage zu erreichen. Die vollständige Umsetzung des 1998 begonnenen Paradigmenwechsels setze daher die weitere Vereinheitlichung der Leistungsvoraussetzungen und eine bedarfsgerechte Leistungspflicht voraus.

## **Präventionsgesetz**

Die Behindertenbeauftragten begrüßten, dass von der Bundesregierung in Kürze ein Präventionsgesetz vorgelegt werden soll. Sie wendeten sich jedoch gegen den Ausschluss pflegebedürftiger Menschen aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten. Sie forderten, behinderte Menschen in den weiteren Gesetzgebungsprozess eng einzubeziehen und ihnen in den Gremien (Kuratorium und Stiftungsrat) Sitz und Stimme einzuräumen.

## Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“

Im Zusammenhang mit der besseren beruflichen Eingliederung behinderter Menschen sprachen sich die Teilnehmer der Tagung für die zügige Verabschiedung der auf der BAR-Ebene erarbeiteten Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“ aus. (s. S. 9)

## Nationaler Teilhabeplan

Des Weiteren begrüßten die Beauftragten / Beiräte für behinderte Menschen die durchgeführte Konferenz (s. nachfolgender Bericht) „**Zukunft braucht Teilhabe**“ vom 18. bis 20. November 2004 in Rheinsberg. Die Konferenz verfolgte das Ziel, das Projekt Teilhabeplan auf den Weg zu bringen und seine Inhalte abzustecken. Es wurden erste Aussagen zu den Zielen, Wegen, Mitteln und Schritten diskutiert, die in einer langfristigen Perspektive (bis 2020) Teilhabe schaffen, stärken und sichern sollen und auf allen Handlungsebenen behinderte Menschen als „Experten in eigener Sache“ einbeziehen. Als Zeithorizont für die Erstellung eines diskussionsfähigen Textes des Teilhabeplanes ist das zweite Quartal 2005 vorgesehen. Die Beauftragten / Beiräte für behinderte Menschen hoffen, dass dieser Teilhabeplan in Deutschland als Leitlinie für die zukünftigen Ziele und Aufgaben in der Behindertenpolitik steht und politische sowie gesellschaftliche Anerkennung findet und der Teilhabepolitik (Inklusion) insgesamt einen weiteren großen Schub verleiht.

## Reduzierung länderübergreifender Gremien

Die Teilnehmer der Tagung sprachen sich einstimmig gegen die von der Ministerpräsidentenkonferenz (MPK) diskutierte Auflösung ihres Gremiums aus. Das zweimal jährlich stattfindende **Treffen der Beauftragten / Beiräte für behinderte Menschen und der BAR** habe sich im Laufe

der Jahre zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Arbeit im Interesse der Menschen mit Behinderungen entwickelt.



## Teilhabeplan angestoßen – Zukunftskonferenz in Rheinsberg

Unter dem Motto „Zukunft braucht Teilhabe“ veranstaltete der Beauftragte für die Belange behinderter Menschen bei der Bundesregierung und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vom 18. – 20. November 2004 eine Zukunftskonferenz in Rheinsberg.

Den rund 60 Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Konferenz führte Karl Hermann Haack, Beauftragter für die Belange behinderter Menschen bei der Bundesregierung, zu Beginn der Tagung noch einmal die Erfolge der letzten Jahre vor Augen: Behindertengleichstellungsgesetz, SGB IX, das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderung, die Förderung von Ausbildung und Beschäftigung sowie das in Aussicht stehende Antidiskriminierungsgesetz. Vor diesem Hintergrund wurde die Idee entwickelt einen nationalen Teilhabeplan zu formulieren, der die Leitlinien für zukünftige Ziele und Aufgaben der Behindertenpolitik bis 2020 geben kann.

Die Tagungsteilnehmer/Innen repräsentierten umfassend die am Entstehen eines solchen Teilhabeplans zu beteiligenden Gruppen. So kamen Vertreter der Kirchen, Gewerkschaften, Wohlfahrts- und Behindertenverbände, Leistungserbringer und Fachkräfte in der Rehabilitation, aber auch Menschen aus Politik und Verwaltung sowie von Leistungsträgern und Unternehmen zusammen.

Im Laufe der drei Tage hatten sich acht Themenbereiche als Schwerpunkte für einen Teilhabeplan herauskristallisiert:

1. Barrierefreiheit

2. Leben in der Gemeinschaft
3. Finanzierung/Persönliches Budget
4. Bewusstseins-schaffung
5. Gesundheit/Rehabilitation
6. Arbeit
7. Bildung
8. vereinfachtes Sozialrecht

Alle Arbeitsgruppen berücksichtigten bei ihren Beratungen Interkulturalität und Gender-Aspekte, bezogen alle Behinderungen mit in die Betrachtungen und beachteten die Einbindung Betroffener in Entscheidungsprozesse. Dabei wurden Aufgaben konkretisiert, Hemmnisse beschrieben und Lösungsansätze entfaltet.

Erklärtes Ziel ist es, den Teilhabeplan im Dialog mit den beteiligten Gruppen zu etablieren. So sollen die inhaltlichen Ergebnisse der Zukunftskonferenz bis Frühjahr 2005 in einer Tagungsdokumentation zusammengefasst werden. Danach werden in Workshops Anregungen der Teilnehmer/Innen und ausgewählte Fragestellungen diskutiert, um dann im Sommer 2005 einen fertigen Text zum Teilhabeplan vorlegen zu können.

## **Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung**

Mit der vorliegenden Publikation „Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung“ liefert Harry Fuchs eine Übersicht über die sozialrechtlichen und institutionellen Bedingungen von der Frühförderung bis zur medizinischen Rehabilitation.

Die Darstellung beginnt mit einem Überblick über die fachlichen Konzepte und die rechtlichen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext des Systems der gesundheitlichen und sozialen Sicherung in der Bundesrepublik. In einem knappen historischen Exkurs wird die Entwicklung der Prävention und Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen von den Sanatoriums- und Krankenhausaufenthalten über gesundheitsfördernde Maßnahmen bis zur hoch professionalisierten und komplexen Intervention und Förderung durch Ärzte, Psychologen und Pädagogen nachgezeichnet.

In einem gesonderten Kapitel werden die Rechtsgrundlagen für die Prävention und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter beschrieben und mit Blick auf die Ziele der Prävention und Teilhabe kommentiert. Daneben setzt sich der Autor mit den veränderten Anforderungen an die Konzeptentwicklung und Qualitätssicherung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe auseinander. Thematisiert wird zudem die Frühförderung als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Schließlich geht Harry Fuchs in einem ausführlichen Kapitel auf die Leistungspflicht der Krankenversicherung für Methoden der Frühförderung am Beispiel der Methode Petö (ein bei Cerebralpareesen angewandtes physiotherapeutisches Verfahren) ein.

Die Veröffentlichung ist in der Reihe „Schriften aus dem Institut für Rehabilitati-

onswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin“ erschienen.

Sie ist zu beziehen über den Buchhandel (ISBN 3-8322-2790-3) oder über den Shaker Verlag GmbH, Postfach 101818, 52018 Aachen, Tel.: 0 24 07/95 96-0, Fax: 0 24 07/95 96-9, E-Mail: [info@shaker.de](mailto:info@shaker.de), Internet: [www.shaker.de](http://www.shaker.de)

Harry Fuchs, Prävention und medizinische Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen durch die Träger der Renten- und Krankenversicherung, Shaker Verlag, 2004, € 25,00



## **Jahresbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen erschienen**

Die berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist angesichts der wirtschaftlichen Situation in Deutschland ein schwieriges Thema. Die Krise des Arbeitsmarktes in Deutschland macht es gerade für Menschen mit Behinderung besonders schwer, am Arbeitsleben teilzuhaben.

Trotz der intensiven Bemühungen des Gesetzgebers hat sich die Beschäftigungssituation für schwerbehinderte Menschen nicht nachhaltig gebessert. Der Gesetzgeber hat mit den Änderungen des Schwerbehindertenrechts im Rahmen des SGB IX nochmals gehandelt und eine Initiative „Jobs ohne Barrieren“ im September 2004 gestartet.

Der Arbeit der Integrationsämter kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige Bedeutung zu. Um Arbeitsplätze zu erhalten, müssen begleitende Hilfen im Arbeitsleben etabliert werden und Einstellungsanreize geschaffen werden. Darüber hinaus müssen der Aufbau leistungsfähiger Integrationsfachdienste vorangetrieben werden und neue Integrationsprojekte etabliert werden. Nicht zuletzt ist die Information und Beratung der Betriebe von entscheidender Bedeutung.

Der Jahresbericht 2003/2004 dokumentiert diese Arbeit und liefert Informationen für die interessierte Fachöffentlichkeit. In diesem Jahr wurde im Jahresbericht die Entwicklung der Integrationsfachdienste besonders ausführlich dargestellt. Dieser Bereich befindet sich wegen der gesetzlichen Änderungen zum 01.04.2004 bzw. zum 01.01.2005 im Umbruch.

Der Jahresbericht kann bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfachdienste und Hauptfürsorgestellten, Ernst-Frey-Straße 9, 76135 Karlsruhe, Tel.: 0721/8107247 oder im Internet unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de) angefordert werden.



## Neurologische Rehabilitation

In der Referenz-Reihe Neurologie des Thieme Verlags ist das Buch „Neurologische Rehabilitation“ erschienen. Als Autoren konnte der Herausgeber Gereon Nelles neben Grundlagenforschern und Klinikern auch Therapeuten und Psychologen gewinnen. Die Aspekte der neurologischen Rehabilitation werden in diesem Band differenziert, sehr anschaulich und praxisnah dargestellt. Dazu gehören nicht nur die eigentlichen neurologischen Rehabilitationsleistungen, sondern auch die Behandlung von begleitenden Symptomen.

Im ersten Teil des Buches wird zunächst die Entwicklung der Rehabilitation in der Bundesrepublik sowie die verschiedenen Kostenträger und die Struktur der neurologischen Rehabilitation (z.B. die Phaseneinteilungen A – F) ausführlich dargestellt. Auch die Anforderungsprofile und Inhalte der stationären und ambulanten neurologischen Rehabilitation sowie der Nachsorge finden Erwähnung. Die Grundprinzipien und

Bestandteile der Dokumentation werden erläutert und die in der neurologischen Rehabilitation häufig eingesetzten Messinstrumente skizziert. Im Weiteren werden die Grundprinzipien der Rehabilitation bezogen auf die Motorik, Sprechen und Sprache, Schluckstörungen, kognitive Störungen, zerebrale Sehstörungen, vegetative Störungen und die Behandlung von Schmerz dargelegt.

Der zweite Teil des Buches konzentriert sich auf umschriebene Erkrankungen, wie beispielsweise Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma. Hinzu kommen u. a. Darstellungen bei Querschnittlähmung, Multiple Sklerose, Parkinson-Syndrom, und neuromuskuläre Erkrankungen. Es schließen sich ausführliche Informationen über spezielle Verfahren in der neurologischen Rehabilitation, wie z.B. über Pharmakotherapie, Behandlung von Spastik mit Botulinumtoxin, technische Hilfsmittel und Elektrostimulation an. Anschließend wird auf die Themen „Rehabilitation auf der Intensivstation“ und „Rehabilitative Langzeitversorgung und Pflege“ eingegangen.

Das Buch „Neurologische Rehabilitation“ von Gereon Nelles ist über den Buchhandel zu beziehen (ISBN:3-13-136261-8).

Hrsg.: Gereon Nelles, Neurologische Rehabilitation, Georg Thieme Verlag, 2004, 79,95 €



## Lebenshilfe - Ratgeber zum Persönlichen Budget

Der Frage „Mehr Chancen für ein selbstbestimmtes Leben?“ geht ein Ratgeber der Bundesvereinigung Lebenshilfe nach. In Fragen und Antworten werden die Chancen und Risiken des Persönlichen Budgets als neuer Leistungsform ausgelotet. Neben grundsätzlichen Informationen werden Positionen vor allem im Hinblick auf die Bedeutung Persönlicher Budgets für Menschen mit einer geistigen Behinderung bezogen.

Der 72seitige Ratgeber ist für € 7,50 zu beziehen bei: Verlag der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg, Tel.: 06421/491-0, Fax: 06421/491-167.

Anmeldungen zu dem Seminar können schriftlich, per Fax oder per E-Mail gereicht werden an: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Walter-Kolb-Straße 9 – 11, 60594 Frankfurt a.M., Fax: 0 69 / 60 50 18–29, E-Mail: [jens.altmann@bar-frankfurt.de](mailto:jens.altmann@bar-frankfurt.de).

Weitergehende Informationen:  
Bernd Giraud, Tel.: 0 69 / 60 50 18 - 27



## AKTUELLE MELDUNG

### **Trägerübergreifendes Persönliches Budget** **18. – 20. Oktober 2005 in Stuttgart**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wird erstmals ein Seminar zum Thema „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ anbieten.

Die in Deutschland noch relativ neue Leistungsform wird dabei aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der Budgetnehmer/innen, der Leistungserbringer und der Leistungsträger sowie aus wissenschaftlicher Sicht dargestellt werden. Neben der Vorstellung der BAR-Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ sollen zusammen mit den Teilnehmer/innen die Möglichkeit der Erprobung und Umsetzung Persönlicher Budgets näher bestimmt werden.

Das Seminar richtet sich an Abteilungsleiter/innen, Referent/innen und andere leitende Mitarbeiter/innen aus dem Bereich der Rehabilitation.

## **Menschen mit Behinderung fordern Teilhabe: REHACARE International 2004 in Düsseldorf**

Die REHACARE International 2004 machte dem Markt für Rehabilitation und Teilhabe Mut. Erneut informierten sich mehr als 50.000 Fachbesucher und Betroffene vom 10. bis 13. November auf der führenden Fachmesse für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf. 805 Aussteller aus 32 Ländern präsentierten innovative Reha-technik und Dienstleistungen, boten Beratung und Information rund um Rehabilitation und Pflege an.

Jeder dritte Besucher war betroffen oder Angehöriger eines Betroffenen, 77 Prozent waren Fachleute und Einkäufer. Besonders interessiert zeigten sich die Besucher an Fahrgeräten und Rollstühlen (49 Prozent), gefolgt von Alltagshilfen (48 Prozent) und Geh- und Mobilitätshilfen (45 Prozent). Die Top-Themen unter den zahlreichen Themenparks und Sonderschauen der Messe waren der „Treffpunkt Gehirn“, das Sport-Center und aktuelle Therapieangebote für Menschen mit Behinderung, z.B. Behindertentauchen.

Mehr als die Hälfte der Besucher nutzten die Chance, sich auf der REHACARE weiterzubilden und sich bei den über 120 vertretenen Verbänden und Organisationen zu informieren und beraten zu lassen.

Zeugnis ihrer Innovationsfähigkeit legte die deutsch Industrie beim ersten „Design for All and Assistive Technology Award“ der Europäischen Kommission ab. Sie errang die Hälfte der insgesamt 14 Preise. Auf die europaweite Ausschreibung gingen 201 Beiträge aus 17 Ländern ein, 47 kamen in die Endausscheidung und wurden im Rahmen einer Sonderschau ausgestellt.

Die nächste REHACARE findet vom 12. bis 15. Oktober 2005 in Düsseldorf statt.

Weitere Informationen:  
Pressereferat REHACARE INTERNATIONAL 2004, Manuela Preinbergs, Tel.: 0221 / 4560 – 542, Fax: 0211/4560 – 87 – 542, E-Mail: [PreinbergsM@messe-duesseldorf.de](mailto:PreinbergsM@messe-duesseldorf.de), Internet: [www.rehacare.de](http://www.rehacare.de)



## **Ergebnisse der BAR-Fachtagung „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen – Ein Modell mit Zukunft?“**

Im Jahre 2001 gab die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) den Anstoß zum Modellprojekt „Case Management zur Erhaltung von Ausbildungs- und Arbeitsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“. Erprobt wurde die Möglichkeit, Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnisse gesundheitlich beeinträchtigter ArbeitnehmerInnen bei ihrem bisherigen Arbeitgeber durch ein spezielles Case Management zu erhalten oder andere Wege zu finden, eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu erreichen.

Zum Abschluss des bundesweit angelegten Projekts wurde am 19./20. Oktober 2004 in Nürnberg eine Fachtagung durchgeführt, an der neben den Projektpartnern mehr als 50 Fachleute aus dem Bereich der Rehabilitationsträger, der Anbieter von Case Management-Leistungen und der Wissenschaft teilnahmen.

Ziel der Veranstaltung war es,

- über das BAR-Modellprojekt und seine Ergebnisse zu informieren,
- gemeinsam nach Wegen zu suchen, ein solches Case Management dauerhaft und finanziell abgesichert in die Reha-Landschaft einzufügen und daraus
- Handlungsempfehlungen für eine flächendeckende Implementierung von Case Management zu erarbeiten.

Die von der Begleitforschung vorgelegten Ergebnisse zeigten, dass Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB) ein sinnvolles und effektives präventives Vorgehen darstelle. Demnach führe CMB bei fast der Hälfte der KlientInnen zu positiven beruflichen Perspektiven. Berechnungen seitens der Begleitforschung belegten auch die Effizienz von CMB.

Allerdings sei die Finanzierung und die Institutionalisierung von CMB bisher ungeklärt, da entsprechende, die Reha-Träger verpflichtende, Rechtsgrundlagen fehlten. Vor diesem Hintergrund diskutierten die TeilnehmerInnen der Fachtagung die Frage, wie Case Management auf eine dauerhafte finanzielle Grundlage zu stellen sei, wobei unterschiedliche Organisationsformen – CMB durch Personal der Reha-Träger („Reha-Träger-Modell“) bzw. durch von den Reha-Trägern beauftragte Stellen („Einkaufsmodell“) – denkbar seien.

Zur Umsetzung von CMB solle sowohl der durch das SGB IX gegebene Rahmen ausgeschöpft als auch die bestehende Vielfalt regionaler Dienstleistungsstrukturen mit ihren gewachsenen und erprobten Netzwerken genutzt werden.

Es biete sich zum Beispiel an, die bereits flächendeckend vorhandenen Gemeinsamen Servicestellen für die Durchführung von CMB zu nutzen. Ansonsten sei die Beauftragung kompetenter Dritter in Erwägung zu ziehen. Dabei solle auf einheitliche Qualitätsstandards mit detaillierten Vorgaben im Hinblick auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geachtet werden, wie sie im Rahmen des Modellprojekts erarbeitet wurden.

Plädiert wurde weiterhin dafür, dass sich die Rehabilitationsträger auf verbindliche Zugangsregelungen zum CMB verständigen. Nur so könne sichergestellt werden, dass frühzeitig Anstrengungen unternommen werden, Beschäftigungsverhältnisse von gesundheitlich beeinträchtigten Personen zu erhalten.

Gefordert wurde, CMB als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben anzuerkennen

und rehabilitandenbezogen zu gewähren sowie die mit den Dienstleistungen beauftragten CMB-Stellen entsprechend zu finanzieren. Hierbei wurden Fallpauschalen in Erwägung gezogen, die erfolgsabhängig erbracht werden sollten, wobei auch eine Basisfinanzierung grundsätzlich notwendig erschien.

Wichtige Impulse für ein erfolgreiches „Ausgliederungsverhinderungsmanagement“ werden nach Ansicht der TeilnehmerInnen von den Vorschriften des § 84 SGB IX ausgehen. Allerdings sei es wichtig, Inhalte und Chancen der neuen Regelung durch Öffentlichkeitsarbeit weithin bekannt zu machen. Dazu gehöre insbesondere, die Arbeitgeber umfassend über ihre Pflichten, aber auch über die zur Verfügung stehenden Unterstützungsmöglichkeiten durch CMB zu informieren.

Insgesamt wurde das BAR-Modellprojekt positiv gewürdigt und nachdrücklich auf die präventiven Chancen des Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX hingewiesen.

### **Das Bundeskabinett hat am 15.12.2004 einen Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe verabschiedet**

Der „ Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe“ stellt die Lebenssituation behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft umfassend dar. Darüber hinaus gibt er Auskunft über die Wirksamkeit der seit 1998 von der Bundesregierung beschlossenen Maßnahmen.

So wird etwa der Paradigmenwechsel von der Fürsorge zur Teilhabe durch Gesetzgebung und begleitende Maßnahmen beschrieben. Mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung waren zwar die Richtschnur bei der Neufassung des Rehabilitations- und Teilhaberechtes im SGB IX, der Bericht nennt aber auch die Probleme und Widerstände, die die Umsetzung der neuen Behindertenpolitik immer noch erschweren.

Der Bericht kann auf: [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de) als Broschüre bestellt oder herunter geladen werden.



### **Entwurf eines Antidiskriminierungsgesetzes liegt vor**

Die Fraktion der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben am 15. Dezember 2004 einen Gesetzentwurf zur Umsetzung der europäischer Antidiskriminierungsrichtlinien vorgelegt. Mit dem Antidiskriminierungsgesetz (ADG) sollen in den Rechtsbereichen Arbeitsrecht, Zivilrecht, Beamtenrecht und Sozialrecht Benachteiligungen wegen des Geschlechts, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, der sexuellen Identität, des Alters oder

aufgrund einer Behinderung verhindert oder beseitigt werden.

Nach Ansicht der Koalitionsfraktionen wird mit dem ADG auf der Basis der Werteordnung des Grundgesetzes der Gemeinwohlgedanke und die Achtung der persönlichen Handlungsfreiheit produktiv zusammengeführt. Gleichzeitig sei Deutschland mit dem jetzt vorliegenden ausgewogenen, lesbaren und einheitlichen Entwurf dabei, seiner Verpflichtung zur Umsetzung von EU-Recht nachzukommen und mit vergleichbaren Regelungen in anderen europäischen Ländern gleichzuziehen.

Nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter, dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und dem Bundesgleichstellungsgesetz soll mit dem jetzigen Entwurf ein weiterer Baustein einer Politik mit und für behinderte Menschen hinzugefügt werden.

Im Internet kann der Gesetzentwurf unter [www.gruene-fraktion.de](http://www.gruene-fraktion.de) heruntergeladen werden.



**Sehr geehrte Leserinnen und Leser,**

die Geschäftsführung, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BAR wünschen Ihnen für das bevorstehende Neue Jahr viel Glück, Gesundheit und persönlichen sowie beruflichen Erfolg.



