

Juli 2003

Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.
e-mail: info@bvkm.de <http://www.bvkm.de>

bv aktuell Juli 2003

Sehr geehrte Damen und Herren,

bevor sich die meisten von Ihnen in den Sommerurlaub verabschieden, möchten wir uns noch einmal mit einem bv aktuell an Sie wenden.

Das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz wird, wie es der Bundesverband in seiner Stellungnahme gefordert hat, zwischen der Regierung und der Opposition neu ausgehandelt. Auch wenn dabei die großen Linien, wie Zahnersatz, Krankengeld oder paritätische Beitragsfinanzierung, noch grundsätzlich verschoben werden können, bleibt es bei den behinderungsspezifischen Anliegen, die der Bundesverband in seiner Stellungnahme vorgetragen hat. Dabei geht es vor allem darum, den Zugang zu allen medizinischen Leistungen für behinderte Menschen zu sichern, die Qualität zu verbessern und Benachteiligung zu verhindern.

Ganz besonders möchte ich Sie auf die sozialpolitische Tagung des Bundesverbandes am 17.10.2003 in Berlin hinweisen, bei der es um die Zukunft der Eingliederungshilfe geht. Wir hoffen auf eine breite Beteiligung

aus den Orts- und Kreisvereinigungen und den Landesverbänden, denn immerhin geht es um die Zukunft der in unserem Verband vertretenen Menschen und um die der Dienste und Einrichtungen, in denen sie Hilfe und Unterstützung finden. Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos. Gerne übersenden wir Ihnen weitere Programme und Anmeldeunterlagen zur Weitergabe in Ihrem Umfeld.

Die Aktion Mensch sucht noch weitere Regionalpartner für das Projekt „familienratgeber.de“. Diese Aufgabe eignet sich hervorragend für unsere Orts- und Kreisvereine. Vielleicht ja auch für Ihre Organisation. In diesem Heft, aber auch natürlich in der Bundesgeschäftsstelle, erhalten Sie weitere Informationen dazu.

Bitte geben Sie auch die übrigen Unterlagen in Ihre Organisationen, Einrichtungen und Dienste hinein.

Ich wünsche Ihnen allen und Ihren Familien einen schönen Sommer.

Mit freundlichem Gruß

N. Müller-Fehling
Geschäftsführer

Inhaltsübersicht

Bundesverband	S. 2
Gesundheitspolitik	S. 4
Recht und Praxis	S. 7
Arbeitshilfe	
Frühförderung	S. 13
Pränataldiagnostik	S. 32
Meldungen	S. 33
Familienratgeber	S. 34
Literatur	S. 36
Veranstaltungen	S. 37
Pressespiegel	S. 41

Zukunft der Eingliederungshilfe-

Teilhabe, Selbstbestimmung und Integration angesichts wachsender Bedarfe und leerer Kassen.

Fachtagung im Rathaus Schöneberg, Berlin am 17.10.2003 von 10.00-17.00 Uhr

Immer mehr Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen fordern für sich Unterstützungsangebote, die ihnen ein Leben weitgehend nach den eigenen Vorstellungen ermöglicht. Gleichzeitig wächst die Zahl derjenigen, die auf eine umfassende Hilfe zur Eingliederung angewiesen sind. Die dadurch steigenden Kosten müssen von den Städten und Gemeinden aufgebracht werden, die sich in einer schweren Finanzierungskrise befinden.

Welche Veränderungen sind notwendig? Können neue Formen der Unterstützung geänderten Ansprüchen und den aktuellen Finanzierungsbedingungen gerecht werden? Die Tagung soll zur Klärung dieser Fragen einen Dialog mit allen Beteiligten in Gang setzen.

Die Zukunft des Sozialstaates

Die stellvertretenden Vorsitzenden der SPD und CDU/CSU Bundestagsfraktion, Gudrun Schaich-Walch (SPD) und Horst Seehofer (CSU) (wegen Terminlage noch offen), leiten die Tagung mit dem Thema: "Die Zukunft des Sozialstaates" ein. Dr. Fritz Baur, Vorsitzender der BAG der überörtlichen Sozialhilfeträger und Dr. Franz Fink, Deutscher Caritasverband, nähern sich dem Thema als Leistungsträger und Leistungserbringer. Die Vorstellungen der Bundesregierung werden von Rainer Wilmerstadt, vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung dargestellt.

Perspektiven, Visionen und Lösungsansätze

In fünf Foren sollen Perspektiven, Visionen und konkrete Lösungsansätze entwickelt werden. Sie beschäftigen sich mit dem Persönlichen Budget, mit ambulanten, gemeinwesenorientierten Hilfen, der Zukunft stationärer Angebote, mit nichtprofessioneller Unterstützung und mit dem Zugang behinderter Menschen zu den Ressourcen der Gesellschaft. Horst Frehe, Koor-

ordinator des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderung, Roland Klinger, Verbandsdirektor des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern, Gernot Steinmann, Vorstand der Pfennigparade in München und andere führen in die Themen der Foren ein.

Zielgruppe und Teilnahme

Die eintägige Veranstaltung richtet sich an behinderte Menschen und ihre Angehörigen, Mitarbeiter und Fachkräfte aus der Behindertenhilfe sowie Vertreter aus Politik und Verwaltung.

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos.

Programm und Anmeldung

Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf
Tel: 0211-64004-0, Fax: 0211-64004-20
E-Mail: info@bvkm.de www.bvkm.de

Programm und Anmeldung liegen dem Rundschreiben bei.

Zukunft der Eingliederungshilfe – Teilhabe, Selbstbestimmung und Integration angesichts wachsender Bedarfe und leerer Kassen

Fachtagung im Rathaus Schöneberg, Berlin am 17.10.03

Programm

- 10.00 Uhr: **Eröffnung der Veranstaltung**
Aribert Reimann, Vorsitzender des Bundesverbandes
- Referate:* **Zukunft des Sozial- und Wohlfahrtsstaates**
Gudrun Schaich-Walch, MdB (SPD), stellvertr. Fraktionsvorsitzende
Horst Seehofer, MdB (CDU/CSU), stellvertr. Fraktionsvorsitzender (angefragt)
- 11.00 Uhr: **Einführung in die Thematik
Zukunft der Eingliederungshilfe**
Referate: Dr. Fritz Baur, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger
Dr. Franz Fink, Referatsleiter beim Deutschen Caritasverband für den Bereich Behindertenhilfe
und Psychiatrie
Rainer Wilmerstadt, Leiter der Abteilung Rehabilitation im Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung
- 12.30 Uhr: **Mittagspause**
- 13.30 Uhr: **Foren**
- Forum 1: **Das persönliche Budget – Mehr Selbstbestimmung oder ein Wundermittel gegen die
explodieren den Kosten in der Eingliederungshilfe?**
Impulsreferat: Rainer Wilmerstadt, Leiter der Abteilung Rehabilitation im Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung
- Forum 2: **Vor Ort oder überregional – Chancen und Risiken der Kommunalisierung der Behindertenhilfe**
Impulsreferat: Roland Klinger, Verbandsdirektor des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern
- Forum 3: **Wohnst Du schon oder bist Du noch untergebracht? –
Zukunft der Groß- und Komplexeinrichtungen**
Impulsreferat: Gernot Steinmann, Vorstand der Stiftung Pfennigparade
- Forum 4: **Gleiches Recht für alle! Zugang behinderter Menschen zu den Ressourcen unserer Gesellschaft**
Impulsreferat: Horst Frehe, Koordinator des Europäischen Jahrs der Menschen mit Behinderungen
- Forum 5: **Freunde, Familie, Freiwillige – Potentiale und Hindernisse nicht- professioneller
Unterstützungssysteme**
Impulsreferat: Wolfgang Wessels, Geschäftsführer des Landesverbandes für Körper- und Mehrfachbehin-
derte in Nordrhein-Westfalen
- 15.30 Uhr: **Kaffeepause**
- 16.00 Uhr: **Abschlussplenum
Visionen für die Eingliederungshilfe von Morgen**
Szenen aus dem Alltag von Menschen mit schwerer Behinderung
Beiträge von Dr. Wolfgang Wodarg, MdB, Aribert Reimann, Klaus Dickneite
- Anmeldung: bis 2.10.03 beim Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf, Tel: 0211-64004-0, Fax: 0211-64004-20
E-mail: info@bvkm.de www.bvkm.de

Modernisierung des Gesundheitssystems

Stellungnahme des Bundesverbandes zum Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz – GMG)

Vorbemerkung

Im Bundesverband sind 200 regionale Selbsthilfeorganisationen mit ca. 25.000 Familien mit behinderten Kindern und behinderte Menschen zusammengeschlossen. Der überwiegende Teil der vertretenen Menschen ist von einer frühkindlichen cerebralen Bewegungsstörung betroffen. Dabei handelt es sich sowohl um körperbehinderte Menschen, deren Leben sich kaum von dem nicht-behinderter unterscheidet, als auch um Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die ein Leben lang auf Hilfe, Pflege und Zuwendung angewiesen sind. Die unmittelbare Arbeit für und mit behinderten Menschen und ihren Familien wird in den örtlichen Vereinen geleistet. Sie sind Träger von Einrichtungen und Diensten in allen Bereichen der Behindertenhilfe.

Die Stellungnahme des Bundesverbandes zum Entwurf des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes bezieht sich im Wesentlichen auf die Wirkung des Gesetzes auf körper- und mehrfachbehinderte Menschen, deren Behinderung von Geburt an besteht oder frühkindlich erworben wurde, sowie auf deren Angehörige. Das besondere Augenmerk richtet sich dabei auf Menschen mit schwersten und mehrfachen Behinderungen. Viele von ihnen sind auf regelmäßige und in Einzelfällen auf hochspezialisierte Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen.

Grundsätzliche Einschätzung

Angesichts der existenziellen Abhängigkeit von einer solidarischen Absicherung der Krankheitsrisiken des von ihm vertretenen Personenkreises hält der Bundesverband eine grundlegende Reform des Gesundheitssystems im Hinblick auf strukturelle, qualitative und fiskalische Aspekte für unumgänglich.

Als Vertreter behinderter Menschen lässt sich der Bundesverband bei der Beurteilung des vorliegenden Gesetzesentwurfes von folgenden Zielsetzungen leiten:

- 1. Sicherung bedarfsgerechter Gesundheitsleistungen**
Die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse behinderter Menschen können sehr unterschiedlich sein und in einer Wechselwirkung zu ihrer Lebenssituation stehen. Sie sind oft lebenslang auf medizinische Leistungen angewiesen, deren Inanspruchnahme bisweilen bestimmend für ihre Lebensgestaltung und für ihre Teilhabechancen ist. Der Zugang zu medizinischen Leistungen muss gesichert bleiben. Standardisierungen und Pauschalierungen dürfen eine weitgehend selbstbestimmte Lebensführung nicht einschränken.
- 2. Gesundheitsversorgung „armutsfest“ gestalten**
Der Zugang und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dürfen nicht vom verfügbaren Einkommen abhängig gemacht werden. Eigenbeteiligungen, Zuzahlungsregelungen und Leistungsausgrenzungen dürfen behinderte Menschen nicht benachteiligen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Menschen mit Behinderungen häufig Bezieher niedriger Einkommen sind, dass sie auf die Grundsicherung oder auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe angewiesen sind, viele in Werkstätten für behinderte Menschen arbeiten und in stationären Wohneinrichtungen leben.
- 3. Qualität verbessern, Schnittstellenprobleme überwinden**
Die gesundheitliche Versorgung behinderter Menschen weist deutliche Defizite auf. Die strukturellen Veränderungen im System müssen eine Chance für eine qualitative Verbesserung der Versorgung eröffnen und insbesondere die Schnittstellenproblematik zur Rehabilitation und zur Pflege überwinden.
- 4. Kompetenzen behinderter Menschen nutzen**
Die Erfahrungen behinderter Menschen in und mit dem Gesundheitssystem können wesentlich zu seiner Optimierung beitragen. Patienten-Souveränität und Beteiligungsrechte sind daher zu stärken.

Der vorliegende Entwurf enthält aus der Sicht des Bundesverbandes positive Ansätze, insbesondere bei der Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung, der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (u.a. durch Gesundheitszentren und integrierte Versorgung), den Änderungen im ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystem, der Modernisierung der Steuerung des Systems und der Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte. Die Ansätze sollten weiterentwickelt und durchsetzungsfähig gemacht werden. Die beabsichtigte 2. und 3. Lesung am 08.07.2003 lässt nicht genug Zeit für die notwendigen Korrekturen und Abstimmungsprozesse. Angesichts der Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat sollten die unumgänglichen Abstimmungen mit der CDU und der CSU nicht erst im Vermittlungsausschuss beginnen. Der Bundesverband plädiert daher für eine **Entschleunigung des Verfahrens**.

Zum Gesetzentwurf im Einzelnen:

Im **Allgemeinen Teil** des SGB V sollte die Berücksichtigung der besonderen Belange behinderter Menschen bei der Durchführung der Gesundheitsversorgung festgeschrieben werden. Hierbei gilt es insbesondere die Schnittstelle von der Akutversorgung zur Rehabilitation nahtlos zu gestalten und dabei die Zielsetzung des SGB IX zu berücksichtigen.

Zur zielgerichteten und zielgruppenspezifischen Anwendung der Vorschriften für behinderte Menschen sollte der **Personenkreis entsprechend dem § 69 SGB IX definiert** werden.

Bei der **Krankenbehandlung (§ 27 SGB V)** sollte neben den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker auch den **Bedürfnissen Behinderter und chronisch Kranker** Rechnung getragen werden. Dies sollte durch eine entsprechende Ergänzung in § 27 Abs. 1 Satz 2 zum Ausdruck kommen.

§ 32 des Gesetzentwurfes sieht vor, dass Patienten nur die niedrigsten **Heilmittelaufwendungen** erstattet bekommen, die von den Krankenkassen angeboten werden können. Dies stellt eine Einladung zum Preisdumping dar, bei der eine nachprüfbar ausreichende Qualität nicht sichergestellt werden kann. Gerade die therapeutische Beziehung zu Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten ist für eine erfolgreiche Behandlung behinderter Menschen von größter Bedeutung. Sie ist nicht beliebig austauschbar. Gerade bei Menschen mit einer geistigen und mehrfachen Behinderung oder bei Kindern entscheidet die Beziehung über die Wirksamkeit der Behandlung. Da diesem Personenkreis ein finanzieller Ausgleich aus eigenen Mitteln in der Regel nicht möglich ist, sollte auf diese Vorschrift verzichtet werden. Der Einspareffekt dürfte ohnehin sehr gering sein. An die Stelle sollte eine Preistransparenz gesetzt werden, die von den Kassen gewährleistet werden kann.

Hilfsmittel (§ 33) sind für behinderte Menschen in der Regel die Grundvoraussetzung für eine weitgehend selbstbestimmte Lebensgestaltung und für die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Qualität, individuelle Anpassung und die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel bestimmen den Grad ihrer Wirksamkeit hinsichtlich dieser Ziele. In diesem Bereich gibt es heute einerseits deutliche Defizite, andererseits erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven. Wenn Standardlösungen unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation nicht zweckmäßig sind, müssen individuelle Lösungen und Anpassungen in der gebotenen Qualität möglich sein. Bei aufwendigerer und individueller Hilfsmittelversorgung sollte eine anbieter- und herstellerunabhängige Beratung obligatorisch sein. Dadurch wird nicht nur eine zweckmäßige, sondern auch eine wirtschaftliche Versorgung sichergestellt. Die Orthopädischen Versorgungsstellen können zusammen mit Spezialberatungs-

stellen, z.B. für Kommunikationshilfen für nichtsprechende Menschen, einen wichtigen Beitrag dazu leisten. Anbieter- und herstellerunabhängige Beratung könnte im Einzelfall durchaus zu dem Ergebnis führen, dass z.B. ein Symbolsystem geeigneter ist als ein elektronisches Kommunikationshilfsmittel.

Weitere Wirtschaftlichkeitsreserven liegen in der Zulassung von qualitätsgeprüften Hilfsmitteln aus dem Ausland, einer besseren Ausschöpfung der Möglichkeiten des Wiedereinsatzes gebrauchter Hilfsmittel und in der Schulung zum Gebrauch und Einsatz der Hilfsmittel.

Während für die unabhängige Beratung eine eigenständige Vergütung sinnvoll erscheint, ist die Anpassung und Schulung in die Vergütung des Hilfsmittels einzubinden.

Nichtverschreibungspflichtige Medikamente (§ 34 GMG-E) sollen in der Regel von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgeschlossen werden. Der medizinische und wirtschaftliche Nutzen dieser Vorschrift ist zweifelhaft. Für Arme, behinderte Menschen und chronisch Kranke bedeutet sie einen Ausschluss aus diesem Bereich der Arzneimittelversorgung. Dies stellt eine Diskriminierung dar.

Zumindest müssen nichtverschreibungspflichtige Medikamente, soweit sie verordnet werden, in die Befreiungs- und Überforderungsregelungen einbezogen werden.

Bei der Gewährung von **häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V)** darf es nicht länger auf den Wohn- oder Lebensort ankommen, sondern alleine auf den Bedarf. Der zugrunde liegende Häuslichkeitsbegriff schließt behinderte Menschen in Wohneinrichtungen und teilstationären Einrichtungen aus. Sowohl aus wirtschaftlichen als auch aus behindertenspezifischen Gründen sollten im § 37 SGB V die Worte „ihrem Haushalt oder ihrer Familie“ gestrichen werden. Nur so lassen sich Verschiebebahnhöfe vermeiden und Schnittstellen überwinden.

Zur Stärkung der **ambulanten Rehabilitation** sollten Änderungen in § 40 SGB V vorgenommen werden. Zum einen sollten Rehabilitationsmaßnahmen im Einzelfall auch mobil oder aufsuchend erbracht werden können. In **§ 40 Abs. 1 SGB V letzter Satzteil** sollte das Wort „in“ durch „durch“ ersetzt werden. Zum anderen scheint es zweckmäßig und sachgerecht zu sein, die Eigenleistung für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen zu halbieren, da die Betroffenen die Kosten für Frühstück, Abendessen, Pflege, Übernachtung und Beförderung aufzubringen haben.

Zuzahlungen (§ 62 GMG-E) sind vor allem dadurch problematisch, da sie arme, chronisch kranke und behinderte Menschen unverhältnismäßig stärker belasten als gesunde und wirtschaftlich leistungsfähige Menschen. Ihre Steuerungswirkung hat sich nicht erwiesen. Wenn dennoch auf Zuzahlungen nicht verzichtet werden soll

und an den jetzigen Befreiungs- und Zuzahlungsregelungen nicht festgehalten wird, sollte folgende Regelung die Härten für Behinderte und chronisch Kranke mildern:

Es wird vorgeschlagen, die **Basisedikation** für behinderte und chronisch kranke Menschen **von den Zuzahlungen zu befreien**. Für Arznei-, Verbands- und Heilmittel, die nicht wegen einer Behinderung oder einer festgestellten chronischen Erkrankung verordnet werden, gelten die allgemeinen Zuzahlungs- und Überforderungsregelungen. Mit dieser Regelung wird konsequent an die Zielsetzungen der Gleichstellung und des SGB IX angeknüpft, mit dem behinderungsbedingte Aufwendungen ausgeglichen werden sollen.

Die dem **Hausarzt (§ 67 GMG-E)** zugedachte Lotsenfunktion wird grundsätzlich als sinnvoll angesehen und begrüßt. Gerade behinderte Menschen haben oft eine lange und mühevoll Suche nach einer/m geeigneten Ärztin/Arzt hinter sich. Er sollte auch weiterhin sanktionslos in Anspruch genommen werden können, auch wenn sie/er Fachärztin/Facharzt ist. Der Umweg über einen anderen Arzt erscheint weder aus medizinischen noch aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll und vertretbar. Eine Behinderung oder eine chronische Erkrankung steht bei dem betroffenen Personenkreis in der Regel in besonderer Weise im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung und Krankenbehandlung, so dass die Führung der Behandlung und die Koordination durch einen geeigneten Facharzt erforderlich und sinnvoll sind. Die mit dem Hausarztssystem verbundenen Regelungen, einschl. der Vergütungsregel für hausärztliche Leistungen, können auf die Lotsenfunktion des Facharztes übertragen werden. Damit kann diese Ausnahmeregelung eingegrenzt werden.

In **§ 87 Abs. 2a GMG-E** sollte eine Vorschrift ergänzt werden, durch die bei der **Honorierung ärztlicher Leistungen** der behinderungsbedingte Mehraufwand angemessen berücksichtigt werden kann. Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen verursachen häufig einen deutlichen Mehraufwand bei der Anamnese, der Diagnostik und bei Behandlungsmaßnahmen, insbesondere durch mangelnde Mitwirkungsfähigkeiten, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeiten oder bei Beeinträchtigungen, wie z.B. Spastizität. Um zukünftig Versorgungsengpässe zu verhindern, sollte der Mehraufwand bei der Honorierung berücksichtigt werden.

Die Wahrung der Patientensouveränität und der Patientenrechte ist wesentlich davon abhängig, ob ihre Organisationen an Beratungsprozessen über die Entscheidungen im Gesundheitssystem beteiligt werden. Die Vertreter der Interessen von Patienten, chronisch kranken und behinderten Menschen sollten daher als „**dritte Bank**“ mit beratender Stimme und Antragsrecht in die Arbeit der **Landes- und Bundesausschüsse (§ 91, § 92 SGB V)** eingebunden werden. Die Einbindung in die Unterausschüsse muss gleichermaßen gewährleistet werden.

Geeignete **Fachärzte an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und ärztlich geleiteten Einrichtungen** sollten zur ambulanten fachärztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn die Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unter Berücksichtigung der Wohnortnähe für behinderte Menschen nicht sichergestellt ist. Der **§ 106b Abs. 1 GMG-E** sollte entsprechend ergänzt werden. Gerade in den Spezialeinrichtungen bestehen oft bessere Kenntnisse oder Behandlungsmöglichkeiten und Erfahrungen, die auch Patienten außerhalb solcher Einrichtungen zugänglich gemacht werden sollten. Dadurch kann gerade außerhalb von Ballungszentren, durch den Einbezug von Fachärzten an Rehakliniken und anderen Einrichtungen, die ambulante Versorgung nachhaltig verbessert werden. Eine gesetzliche Regelung in diesem Sinne ist erforderlich, da die Selbstverwaltung zweckmäßige Lösungen bisher blockiert. Eine solche Regelung deckt sich im Übrigen mit den Intentionen des GMG.

Die Möglichkeit zur **Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen**, wie sie durch den **§ 119a GMG-E** möglich wird, ist sehr zu begrüßen. Die Beschränkung auf Menschen mit geistiger Behinderung sollte um den Personenkreis der Menschen mit Mehrfachbehinderungen erweitert werden. Gerade Personen mit einem komplexen Behinderungsbild benötigen gelegentlich spezielle Hilfen in solchen Einrichtungen. Um sie ihnen zugänglich zu machen, sollten sie nicht als geistig behindert eingestuft werden müssen. Das gilt z. B. für nichtsprechende Menschen mit cerebraler Bewegungsstörung. Einrichtungen nach **§ 119a** sollten nach dem Modell der Sozialpädiatrischen Zentren auf eine interdisziplinäre Leistungserbringung ausgerichtet sein. Mit ihrer Schaffung kann eine gravierende ambulante Versorgungslücke bei erwachsenen Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen geschlossen werden.

Die Einrichtung eines **Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (§§ 135 ff. GMG-E)** wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte vorrangig eine Dokumentations-, Auskunfts- und Beratungsstelle für Patienten und Leistungserbringer sein. Eingriffe in die Therapiefreiheit des einzelnen Arztes sind zu vermeiden. Die Entwicklung von DMP steht nicht im Widerspruch zur Therapiefreiheit und wird grundsätzlich begrüßt.

Düsseldorf, 20.06.2003

Behinderten- gleichstellungsgesetz

Bundesverband will mit Stuttgarter Straßenbahnen AG über barrierefreie Haltestellen verhandeln

Am 1. Mai 2002 ist das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) in Kraft getreten. Das Gesetz sieht in § 5 BGG vor, dass vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung anerkannte Behindertenverbände mit Unternehmen und Unternehmensverbänden der verschiedenen Wirtschaftsbranchen sogenannte Zielvereinbarungen zur Herstellung von Barrierefreiheit schließen können.

Barrierefreie Lebensbereiche

Barrierefrei sind Lebensbereiche (bauliche Anlagen, Verkehrsmittel, Gebrauchsgegenstände etc.) nach der Definition des BGG dann, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.

Zielvereinbarungen

Bei Zielvereinbarungen handelt es sich um Verträge im zivilrechtlichen Sinne, in denen die Verhandlungspartner alles vereinbaren können, was ihnen in Bezug auf Barrierefreiheit wichtig erscheint. Die Zielvereinbarung ist für die am Abschluss beteiligten Parteien rechtlich verbindlich. Sie kann eine Vertragsstrafe vorsehen für den Fall, dass bestimmte Pflichten aus dem Vertrag nicht erfüllt werden.

Ein anerkannter Behindertenverband ist aufgrund von § 5 BGG beispielsweise berechtigt, mit einer bestimmten Kaufhauskette eine Vereinbarung darüber abzuschließen, wie deren Verkaufsräume in Zukunft barrierefrei zu gestalten sind. Auch Regelungen über die barrierefreie Gestaltung von Fahrzeugen und Haltestellen im öffentlichen Personennahverkehr sind denkbar. Regelbar ist im Grunde alles, was Barrierefreiheit zwischen Privaten betrifft.

Der Bundesverband als Vertragspartner

Seit Juli 2002 ist der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte anerkannt und damit berechtigt, Zielvereinbarungen zu treffen. Zielvereinbarungen, die sich lediglich auf einen begrenzten regionalen Bereich beziehen (wie z.B. Regelungen für den öffentlichen Per-

sonennahverkehr in einer bestimmten Stadt oder Region) können von den **Mitgliedsorganisationen vor Ort** abgeschlossen werden, wenn der Bundesverband den Ortsvereinen hierfür eine entsprechende Vollmacht erteilt.

Bundesweit erste Zielvereinbarung

Aufgrund einer solchen Vollmacht ist der Körperbehinderten-Verein Stuttgart seit Mai 2003 berechtigt, mit der Stuttgarter Straßenbahnen AG eine Zielvereinbarung über die barrierefreie Gestaltung von Haltestellen des öffentlichen Personennahverkehrs zu treffen. Ziel der Verhandlungen ist es, verbindlich zu regeln, dass die noch vorhandenen Tiefbahnsteige des Stuttgarter Stadtbahnnetzes innerhalb eines festgelegten Zeitplanes in barrierefreie Hochbahnsteige umgebaut werden.

Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte ist der erste Behindertenverband bundesweit, der von einem Unternehmen die Aufnahme von Verhandlungen über eine Zielvereinbarung verlangt hat. Andere anerkannte Behindertenverbände hatten bis zum 20. Juni 2003 Gelegenheit, den Verhandlungen zwischen dem Bundesverband und der Stuttgarter Straßenbahnen AG beizutreten. Von diesem Recht hat der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband Gebrauch gemacht. Die Verhandlungen mit der Stuttgarter Straßenbahnen AG sollen nun im September aufgenommen werden.

Katja Kruse

Broschüre: „Gleichstellungsregelungen leicht gemacht“

Herausgegeben vom NETZWERK ARTIKEL 3 gibt die Broschüre sowohl in gewohnter als auch in leichter Sprache eine umfassende und praktische information zum Gleichstellungsgesetz.

Sie liegt diesem bv aktuell bei.

Bezogen werden kann die Broschüre bei:

NETZWERK ARTIKEL 3

Krantorweg 1

13503 Berlin

Tel: 030/43644 41

Fax: 030/436 44 42

E-mail: HGH@nw3.de

Zum Herunterladen: www.netzwerk-artikel-3.de

Anhörungsrechte für Menschen mit Behinderungen

Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetz sieht Anhörungsrechte vor

Durch das am 1. Mai 2002 in Kraft getretene Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) ist unter anderem auch eine Vorschrift des Gemeindeverkehrsfinanzierungsgesetzes (GVFG) geändert worden. Mit dem GVFG gewährt der Bund den Ländern Finanzhilfen in Höhe von 1,66 Mrd. Euro jährlich für Investitionen zur Verbesserung der Verkehrsverhältnisse in den Gemeinden. Nach dem GVFG kann beispielsweise der Bau oder Ausbau von verkehrswichtigen innerörtlichen Straßen sowie von Verkehrswegen der Straßenbahnen, Hoch- und U-Bahnen gefördert werden. Ferner zählen die Beschaffung von Standard-Liniennomibussen, von Schienenfahrzeugen des öffentlichen Personennahverkehrs sowie der Bau oder Ausbau von zentralen Omnibusbahnhöfen und Haltestelleneinrichtungen zu den Vorhaben, die die Länder durch Zuwendungen aus den Finanzhilfen fördern können.

Anhörung bei der Vorhabenplanung

In § 3 GVFG ist nunmehr vorgesehen, dass bei der Planung derartiger Vorhaben die Belange behinderter und mobilitätseingeschränkter Menschen stärker als bisher zu berücksichtigen sind. Die betreffende Vorschrift bestimmt: „Bei der Vorhabenplanung sind die zuständigen Behindertenbeauftragten oder Behindertenbeiräte anzuhören. Verfügt eine Gebietskörperschaft nicht über Behindertenbeauftragte oder Behindertenbeiräte sind stattdessen die entsprechenden Verbände im Sinne des § 5 des Behindertengleichstellungsgesetzes anzuhören.“

Zu den genannten Verbänden nach § 5 BGG gehören zur Zeit neben dem Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte 20 weitere bundesweite Organisationen behinderter Menschen, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung anerkannt wurden. Die anerkannten Bundesverbände können die Anhörung bei der Vorhabenplanung für Maßnahmen, die durch das GVFG gefördert werden, auch ihren Untergliederungen, also beispielsweise den Ortsvereinen, übertragen.

Einbeziehung der Mitgliedsorganisationen

Von dieser Möglichkeit hat der Bundesverband bereits einige Male Gebrauch gemacht, weil es sinnvoll

erscheint, bei regionalen Planungsvorhaben die auf der entsprechenden Organisationsebene tätigen Verbandsfachleute einzubeziehen. Im übrigen ist der Bundesverband auch aufgrund seiner beschränkten personellen und zeitlichen Kapazitäten nicht in der Lage, beispielsweise zum „Bau eines Radweges entlang der Denkmalstraße in Waldbröl“ (Nordrhein-Westfalen) oder zur Planung einer „Innerörtlichen Hauptverkehrsstraße in Boffzen“ (Niedersachsen) Stellung zu nehmen. Selbstverständlich gewährt der Bundesverband den Mitgliedsorganisationen, die das Anhörungsrecht nach § 3 GVFG wahrnehmen wollen, jedoch rechtliche und fachliche Unterstützung.

Kommunale Behindertenbeauftragte

Hinzuweisen ist schließlich noch darauf, dass die neue Bestimmung des GVFG Gemeinden dazu veranlassen könnte, kommunale Behindertenbeauftragte oder Behindertenbeiräte einzusetzen. Verfügt eine Gebietskörperschaft nämlich nicht über derartige Institutionen, muss sie jedes Mal bei den oben erwähnten 21 anerkannten Organisationen behinderter Menschen anfragen, ob diese von ihrem Anhörungsrecht Gebrauch machen wollen. Dies ist natürlich mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden, den sich sicherlich so manche Gemeinde gerne ersparen würde. Ortsvereinen, die sich bislang vergeblich für einen kommunalen Behindertenbeauftragten oder Behindertenbeirat eingesetzt haben, ist daher zu empfehlen, ihrer Forderung unter Hinweis auf § 3 GVFG Nachdruck zu verleihen.

Broschüre

Wer das Thema vertiefen möchte, sollte sich die Broschüre „Leitfaden Barrierefreiheit im ÖPNV“ beim Sozialverband VdK Deutschland e.V., Wurzerstr. 4 a, 53175 Bonn, kontakt@vdk.de bestellen.

Katja Kruse

Grundsicherung und Kindergeld

Betroffene klagen nun vor den Verwaltungsgerichten

Viele Grundsicherungsämter sehen das Kindergeld als Einkommen des Kindes an und rechnen es auf die Leistungen der Grundsicherung an. Wenn ein Widerspruch gegen einen solchen Bescheid des Grundsicherungsamtes nicht zum Erfolg führt, sollten die Betroffenen vor dem Verwaltungsgericht fristgerecht Klage gegen den Widerspruchsbescheid erheben.

Mittlerweile sind die ersten Klagen gegen solche Widerspruchsbescheide vor den Verwaltungsgerichten anhängig. Eines dieser Verfahren wird mit rechtlicher Unterstützung durch die Bundesvereinigung Lebenshilfe beim Verwaltungsgericht Ansbach unter dem Aktenzeichen AN 4 K 03.00575 geführt. Betroffene, die gegen einen ablehnenden Widerspruchsbescheid Klage erheben, können beim Verwaltungsgericht auf den in Ansbach geführten „Musterprozess“ verweisen und das Ruhen des eigenen Verfahrens beantragen. Es kann dann zunächst der Ausgang des „Musterprozesses“ abgewartet werden, bevor in der eigenen Sache eine Entscheidung des Verwaltungsgerichtes getroffen wird.

Katja Kruse

Neues vom Kraftknoten

Der Artikel „Die Krux mit dem Kraftknoten“, der in der letzten Ausgabe von *bv-aktuell* und in der *Maiausgabe* von *Das Band* erschienen ist, hat hohe Wellen geschlagen und insbesondere bei den Fahrdiensten für große Verunsicherung gesorgt. Fast täglich erhalten wir Anfragen von Sozialhilfeträgern, Taxiunternehmen und Verbänden behinderter Menschen, die wissen wollen, wie sie sich aufgrund der 1999 in Kraft getretenen DIN 75078-2 in der Praxis verhalten sollen. In Nordrhein-Westfalen wird es möglicherweise demnächst sogar eine Landtagsanfrage zu der Thematik geben.

Viele Fragen, die im Zusammenhang mit dem Kraftknoten stehen, sind zur Zeit noch nicht abschließend geklärt. Der Bundesverband bemüht sich jedoch gemeinsam mit anderen Verbänden, Institutionen und Fachleuten

darum, die aufgeworfenen Probleme einer sachgerechten Lösung zuzuführen. Im Einzelnen:

Das versicherungsrechtliche Problem

Wie berichtet laufen Fahrdienste, die behinderte Menschen befördern, obwohl deren Rollstuhl nicht über das erforderliche Kraftknotensystem verfügt, Gefahr, einen etwaigen Unfallschaden aus eigener Tasche zahlen zu müssen. Haftpflichtversicherer könnten sich nämlich auf den Standpunkt stellen, dass aufgrund des erhöhten Schadensrisikos kein Deckungsschutz für die eingetretenen Schäden besteht. Vor diesem Hintergrund hatten wir Behindertenfahrdiensten in unserem Artikel empfohlen, mit ihrer Versicherung zu klären, ob diese (zumindest für eine gewisse Übergangszeit) Deckungsschutz gewährt, sofern eine andere adäquate Form der Befestigung (also beispielsweise Befestigung mit dem 4-Punkt-System) gewährleistet ist.

Die Rückmeldungen, die wir zu dieser Empfehlung erhalten haben, waren unterschiedlich. So ließ die Allianz-Versicherung dem Körperbehinderten-Verein Stuttgart mitteilen, dass sie im Schadenfall keine Deckung übernehme, wenn die Rollstühle nicht nach der DIN 75078-2 gesichert seien. Positiv war hingegen die Antwort, die die Spatikerhilfe Bremen e.V. von ihrer Haftpflichtversicherung, der KRAVAG-LOGISTIC, erhielt. In dem Schreiben vom 12.06.2003 heißt es: „auch wenn Ihre bei uns versicherten Fahrzeuge bzw. die Rollstühle der von Ihnen beförderten Personen nicht mit einem Kraftknotensystem nach DIN 75078-2 ausgerüstet sind, werden wir uns im Kfz-Haftpflicht-Schadenfall

1. Ihnen als Beförderer gegenüber nicht auf Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung gemäß § 2 b AKB (=Allgemeine Bedingungen der Kraftfahrzeugversicherung, Anm. d. Verf.) berufen, und
2. gegenüber den mit dem versicherten Fahrzeug beförderten Personen kein Mitverschulden einwenden.

Voraussetzung ist jedoch, dass die Rollstühle während der Beförderung durch ein anderweitiges Rückhaltesystem (z.B. 4-Punkt-Gurt) in geeigneter Weise gesichert sind. Die Möglichkeit einer Leistungsfreiheit bzw. eines Mitverschuldeneinwands aus anderen Gründen bleibt bestehen. Unserer Ansicht nach kann dem Beförderer bzw. dem Rollstuhlfahrer das Fehlen eines Kraftknotens grundsätzlich erst dann zum Nachteil ausgelegt werden, wenn der Gesetzgeber das Verwenden dieses Rückhaltesystems verbindlich vorschreibt. Von einer derartigen Absicht ist uns zur Zeit jedoch nichts bekannt.“

Auf Veranlassung des Bundesverbandes lässt die ECCLESIA Versicherungsdienst GmbH derzeit durch ihre Rechtsabteilung prüfen, inwieweit sich die Versicherer im Falle eines Rechtsstreits tatsächlich auf Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung berufen dürften. Ferner hat der Bundesverband das Schreiben der KRAVAG LOGISTIC an die ECCLESIA weitergeleitet und sie darum gebeten,

sich bei allen anderen Versicherern um gleichlautende Deckungszusagen zu bemühen. Mit der gleichen Intention hat der Bundesverband die Interessenvertretung der deutschen Versicherer, den in Berlin ansässigen Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., angeschrieben und darum gebeten, eine pragmatische Lösung für die haftungsrechtliche Problematik zu finden.

Das Problem der Kostenübernahme

Ein weiteres Problem, das sich im Zusammenhang mit dem Kraftknoten stellt, ist die Frage, welcher Kostenträger für die Finanzierung der Nachrüstung eines Rollstuhls mit dem Kraftknotensystem zuständig ist. Die Krankenkassen stellen sich gegenüber den Versicherten immer wieder auf den Standpunkt, dass sie nicht für den Transport ihrer Versicherungsnehmer zuständig seien. In der Tat erscheint es fragwürdig, ob das Kraftknotensystem ein von der Krankenversicherung zu zahlendes Hilfsmittel ist.

Als Faustregel für die Frage, ob die Krankenversicherung für die Versorgung mit einem Hilfsmittel zuständig ist, gilt zunächst, dass die Krankenkasse nur solche Hilfsmittel zahlen muss, die auf die Behinderung selbst ausgerichtet sind und fehlende Körperteile oder deren Funktion in medizinischer Hinsicht wiederherstellen, ermöglichen, ersetzen, erleichtern oder ergänzen. Klassisches Beispiel ist die Versorgung eines gehbehinderten Menschen mit einem Rollstuhl.

Die Kasse ist jedoch nicht zuständig für Hilfsmittel, die nicht bei der Behinderung selbst, sondern lediglich bei deren Folgen allein auf beruflichem, gesellschaftlichem oder privatem Gebiet ansetzen. Hilfsmittel sind aber nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte dann von der Kasse zu zahlen, wenn sie im Einzelfall für die elementare Lebensbetätigung der behinderten Menschen oder deren wesentliche Verbesserung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse notwendig sind (z.B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Erschließung eines gewissen geistigen und körperlichen Freiraums). Auch das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens (Schulwissens) zählt nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte zu den allgemeinen Grundbedürfnissen.

Vor diesem Hintergrund wird sich bei Schulkindern noch recht gut begründen lassen, dass die Krankenkasse das Kraftknotensystem im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu bezahlen hat (siehe dazu auch den im Artikel „Die Krux mit dem Kraftknoten“ gebildeten Beispielfall). Bei anderen Versicherten kann sich die Begründung im Einzelfall jedoch als schwierig erweisen. Der Bundesverband steht zur Klärung dieser Rechtsfrage derzeit in Kontakt mit Herrn Prof. Dr. Trenk-Hinterberger, der den Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialrecht an der Universität Bamberg innehat.

Katja Kruse

Die stationäre Behindertenhilfe ergraut! -

Alte Menschen mit Behinderungen stellen die Leistungsanbieter vor neue Aufgaben

Im Jahre 2010, also bereits in sieben Jahren, wird mindestens jeder dritte Bewohner in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe älter als 65 Jahre sein. Dies ist das Ergebnis einer repräsentativen Erhebung, die Mitte der 1990er Jahre von der Universität Dortmund für die Bundesregierung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe durchgeführt wurde. Hintergrund dieses starken Anwachsens der Gruppe alter behinderter Menschen ist zum einen, dass während der Zeit des Nationalsozialismus nahezu eine ganze Generation behinderter Menschen vernichtet wurde, so dass die höheren Altersgruppen bei Menschen mit Behinderungen über Jahrzehnte zu einem großen Teil fehlten. Zum anderen hat der medizinische Fortschritt dazu geführt, dass behinderte Menschen ebenso wie nichtbehinderte Menschen heutzutage eine höhere Lebenserwartung haben.

Der starke Zuwachs alter behinderter Menschen stellt die Einrichtungsträger vor neue Aufgaben. Welche Bedürfnisse stehen bei älteren Menschen mit Behinderung im Vordergrund? Ist das bestehende Hilfesystem in der Lage diesen Bedarf zu decken? Kann der Verbleib in der Wohneinrichtung gewährleistet werden, wenn mit zunehmendem Alter die Pflegebedürftigkeit des Bewohners steigt? Dies sind nur einige der Fragen, mit denen sich die Leistungsanbieter derzeit konfrontiert sehen.

Auch der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte muss und wird sich der neuen Herausforderung stellen. Der Vorstand des Bundesverbandes hat daher beschlossen, im kommenden Jahr eine Fachtagung zum Thema „Alte Menschen mit Behinderungen“ zu veranstalten. Die Fachtagung wird vom 15. – 16.10.2004 in Münster im Vorfeld der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes stattfinden. Zur Vorbereitung dieser Fachtagung hat der Bundesverband bereits im Februar diesen Jahres den Arbeitskreis „Alte behinderte Menschen“ gegründet. Eine erste Bestandsaufnahme des Arbeitskreises hat ergeben, dass die Thematik alter behinderter Menschen bei den im Arbeitskreis vertretenen Mitgliedsorganisationen angekommen ist, sich aber zur Zeit noch eher als zu lösende Probleme von Einzelfällen darstellt. Es ist allerdings bei allen vertretenen Mitgliedsorganisationen absehbar, dass die Anzahl der zu

betreuenden und zu versorgenden alten Menschen kurzfristig deutlich zunehmen wird.

Im Laufe der Beratungen des Arbeitskreises kristallisierten sich vier Bereiche heraus, die die Lebenssituation alt gewordener Menschen mit Behinderung prägen und die konzeptionell sowie strukturell gestaltet werden müssen. Es handelt sich dabei um die Bereiche Übergang von der Arbeit in den Ruhestand, Wohnen, Tagesstrukturierung sowie Pflege und medizinische Versorgung. Zu diesen Bereichen hat der Arbeitskreis u.a. folgende Themen diskutiert:

Übergang von der Arbeit in den Ruhestand

Viele behinderte Menschen können sich nur schwer ein Leben ohne die WfbM oder die Tagesförderstätte vorstellen. Sie haben ebenso wie eine Vielzahl nichtbehinderter Menschen große Probleme, den Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand zu gestalten. Erschwerend kommt für viele behinderte Menschen, die lange Jahre in Einrichtungen gelebt haben, hinzu, dass sie keine Gelegenheit hatten, private soziale Netze aufzubauen. Wer einen Großteil seines Lebens in Einrichtungen verbringt, bleibt außerdem in der Regel ledig und kinderlos. Soziale Kontakte beschränken sich daher oftmals auf die Kollegen in der WfbM oder der Tagesförderstätte. Nach dem Ausscheiden aus der WfbM entsteht daher häufig eine erhebliche Lücke, die durch familiäre und andere Kontakte im Freizeitbereich nicht ohne weiteres zu schließen ist.

Es verwundert daher nicht, dass alte behinderte Menschen im Rahmen eines Modellprojekts des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen vor allem folgende Wünsche für einen erfüllten Altersruhestand geäußert haben: soziale Beziehungen sollen aufrecht erhalten bleiben, neue Kontakte sollen ermöglicht werden, Angebote sollen neue Erfahrungen und sinnvolles Tun vermitteln sowie den Tag und die Woche strukturieren. Aus Sicht des Arbeitskreises gehört daher zur Ausgestaltung des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand insbesondere die frühzeitige Erschließung öffentlicher, allgemein zugänglicher Angebote im Freizeit-, Bildungs- und Begegnungsbereich.

Wohnen

Die Grundbedürfnisse alt gewordener Menschen mit Behinderung unterscheiden sich nicht wesentlich von denen anderer alt gewordener Menschen. Sie wollen nicht isoliert leben und möchten in der ihnen vertrauten Umgebung verbleiben. Bestrebungen von Sozialhilfeträgern, behinderte Menschen mit Erreichen des Rentenalters von Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Pflegeeinrichtungen zu verlegen, ist daher unbedingt entgegenzutreten. Die Eingliederungshilfe bleibt auch im Alter die maßgebliche Hilfe für behinderte Menschen. Sie ist keiner altersmäßigen Grenze unterworfen.

Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssen sich jedoch hinsichtlich ihrer personellen und räumlichen Ausstattung auf den starken Zuwachs alter behinderter Menschen und eine zunehmende Pflegebedürftigkeit der Bewohner einstellen. Kann der Pflegebedarf in einer Einrichtung der Behindertenhilfe nicht sichergestellt werden, laufen behinderte Menschen Gefahr, in eine Pflegeeinrichtung verlegt zu werden.

Die Übergänge zwischen der Familienbetreuung, dem ambulant betreuten Wohnen und den stationären Angeboten sind angesichts des wachsenden Betreuungsbedarfs alter behinderter Menschen durchlässig und flexibel zu gestalten. Eine Zukunftsplanung, die unabhängig von den Institutionen hilft, Bedürfnisse zu ermitteln und Lösungen anzubieten, könnte ein Instrument sein, den richtigen Ort zum Leben zu finden, Flexibilität zu ermöglichen und Wahlmöglichkeiten zu schaffen.

Tagesstrukturierung

Heute macht der Ruhestand bereits etwa ein Drittel unserer Lebenszeit aus. Auch behinderte Menschen wollen nicht einfach zwei oder drei Jahrzehnte ihres Lebens nur auf den Tod warten. Sie möchten die dritte Lebensphase mit einer eigenen Qualität verbinden, die Jahre mit Leben füllen.

Die tagesstrukturierenden Angebote für älter werdende und alte Menschen mit Behinderung benötigen eine auf sie ausgerichtete Konzeption und inhaltliche Ausgestaltung. Zunächst erscheint es naheliegend, das individuell ausgerichtete Betreuungsangebot der Tagesförderstätten und der Fördergruppen an Werkstätten auch alten behinderten Menschen zugänglich zu machen. Die Diskussion im Arbeitskreis zeigt jedoch, dass eine aktiv gestaltete „Nacherwerbsphase“ nur dann möglich ist, wenn sie sich von vorangegangenen Abschnitten abgrenzen lässt. So wie die Tagesförderstätte keine Fortsetzung des Kindergartens und der Schule für erwachsene Menschen darstellt, erscheint es wichtig, dass auch die Lebensläufe behinderter Menschen markante Punkte aufweisen. Das Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen hat gezeigt, dass sehr häufig markante Lebensabschnitte (z.B. Zusammenleben mit einer Partnerin oder einem Partner, Gründung einer eigenen Familie etc.) in den Biographien behinderter Menschen fehlen und Lebensläufe nahezu ausschließlich durch den Tod naher Angehöriger gegliedert sind.

Unklar ist vor diesem Hintergrund, welche Institution für die Gestaltung tagesstrukturierender Maßnahmen zuständig sein soll. In Groß- und Komplexeinrichtungen der überwiegend konfessionellen Träger werden bereits heute in eigenen Räumlichkeiten der Einrichtung tagesstrukturierende Angebote für alte Menschen mit Behinderung vorgehalten. Nach den Erfahrungen der Landesverbände Berlin und Hamburg zeigt sich jedoch der

Wunsch nach Tages- und Wochenstrukturierung in einem zweiten Milieu außerhalb der Wohngruppe. Auf Skepsis stößt die Vorstellung, eigenständige stationäre und teilstationäre tagesstrukturierende Angebote für behinderte Menschen zu schaffen. Statt dessen sollen einrichtungs- und trägerübergreifend Angebote im Freizeit- und Begegnungsbereich aufgebaut werden. Aus dem Wohnumfeld sollten die Bewohner Unterstützung erhalten, um sich diese externen Angebote zu erschließen. Wichtig erscheint es in diesem Zusammenhang insbesondere, die Mobilität behinderter Menschen zur Wahrnehmung von Aktivitäten außerhalb der Wohngruppe zu gewährleisten.

Tagesstrukturierende Angebote sind so zu entwickeln, dass ältere Menschen nicht durch gleichförmige Programme in Aktivitäten gedrängt werden, die nicht ihren Vorstellungen entsprechen. Da auch behinderte Menschen in ihrer Freizeit nach einer ihnen entsprechenden Zeit- und Sinnstruktur suchen, können nur individuelle Lösungswege die erforderliche Akzeptanz finden. Kurs- und Freizeitprogramme oder sogenannte Oldiegruppen scheinen erfolgreiche Wege zu sein, die Bedürfnisse und Interessen behinderter Menschen zu ermitteln.

Pflege und medizinische Versorgung

Mit zunehmendem Alter wachsen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen behinderter Menschen. Die primäre Behinderung kann weniger gut kompensiert werden oder schreitet fort, sekundäre Behinderungen treten deutlicher in Erscheinung. Hinzu kommen altersbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen, die nichtbehinderte Menschen in gleicher Weise treffen. Alte Menschen haben in der Regel ein verstärktes Ruhebedürfnis. Die Lärm- und Stressempfindlichkeit nimmt zu. Die körperliche Beweglichkeit und Körperbeherrschung (z.B. beim Fallen) lässt nach. Es treten altersbedingte Gesundheitseinschränkungen wie z.B. Diabetes, Gicht oder Rheuma auf.

Auch machen sich psychosomatische und psychiatrische Auffälligkeiten bemerkbar. Bei Menschen mit Down-Syndrom ist ein verstärktes Auftreten einer Alzheimer-ähnlichen Demenzerkrankung festzustellen.

Dies führt zu einem erhöhten Bedarf an Grundpflege, Beaufsichtigung und Anleitung. Häufig tritt behandlungspflegerischer Aufwand hinzu. Aufgrund des breiten Spektrums an Pflegeaufgaben, die in Einrichtungen für körper- und mehrfachbehinderte Menschen bereits bewältigt werden, kann davon ausgegangen werden, dass aus fachlicher Sicht ein großer Teil der hinzutretenden Aufgaben zu bewältigen ist. Ungeklärt bleibt jedoch heute noch häufig die Finanzierungsfrage. Im behandlungspflegerischen Bereich bedarf es unter Umständen der konzeptionellen Weiterentwicklung. Hier ist die Einschaltung ambulanter Pflegedienste ebenso vorstellbar wie der Einsatz von Pflegefachkräften als Pflegeentwick-

ler, deren Aufgabe es ist, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Wohneinrichtungen zu qualifizieren. Ein besonderes Problem stellt die Sicherstellung von Nachtwachen, insbesondere in kleinen Wohneinrichtungen, dar. Das Erfordernis von Nachtwachen mit der Folge zusätzlichen Personal- und Kostenaufwands wird bereits durch eine Person ausgelöst. Dies kann zu der Überlegung führen, Personen mit nächtlichem Versorgungsbedarf in Einrichtungen zusammenzufassen. Es besteht Einigkeit darüber, dass dies ein gravierender Einschnitt ist, der nur mit Zustimmung des zu betreuenden Menschen erfolgen darf.

Arbeitskreis „Alte behinderte Menschen“

Die nächste Sitzung des Arbeitskreises „Alte behinderte Menschen“ wird am 3. November 2003 in Hannover stattfinden. Die Landesverbände sind herzlich dazu eingeladen, weitere Mitglieder in den Arbeitskreis zu entsenden, um der Thematik eine breitere Basis innerhalb des Bundesverbandes zu geben. Außerdem rufen wir die Einrichtungsträger dazu auf, uns über Konzepte und Erfahrungen zum Thema „Alte behinderte Menschen“ zu berichten. Rückmeldungen können an Katja Kruse, Referentin für Sozialrecht, unter katja.kruse@bvkm.de oder telefonisch unter 0211-64004-18 erfolgen.

Weiterführende Informationen

Wer das Thema „Behinderte Menschen im Alter“ vertiefen möchte, kann sich auf der Internetseite des Bundesverbandes Evangelische Behindertenhilfe (BEB) informieren. Der BEB hat im April 2003 eine Fachveranstaltung über die Lebensgestaltung von älteren Menschen mit Behinderungen durchgeführt. Unter www.beb-ev.de/fachlich.php können Beiträge dieser Tagung heruntergeladen werden.

Hinzuweisen ist ferner auf die Informationsveranstaltung „Lebenswelten älterer behinderter Menschen“ die vom 2. – 3. September 2003 in Frankfurt stattfindet und vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband ausgerichtet wird. Anmeldeschluss für die Veranstaltung ist der 15. August 2003. Informationen sind bei Heidemarie Dreyer-Weik unter Tel. 030-28 04 95-104 oder dreyer-weik@akademie.org erhältlich.

Katja Kruse

Arbeitshilfe zur Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder

(Frühförderungsverordnung – FrühV – vom 24.06.2003)

Am 1. Juli 2003 tritt die Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) nach der Veröffentlichung am 30.06.2003 im Bundesgesetzblatt in Kraft. Der Bundesrat hatte am 20.06.2003 der Verordnung mit einer Reihe von Maßgaben zur Änderung zugestimmt. Nachdem die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung die Änderung akzeptiert hat, ist nun ein wichtiger Abschnitt auf dem Weg zu einer interdisziplinären Frühförderung in Deutschland bewältigt.

Seit Inkrafttreten des SGB IX Mitte 2001 ist die Frühförderlandschaft gehörig in Unruhe versetzt worden. Das lange und zähe Ringen um eine gemeinsame Empfehlung und um die Rechtsverordnung hat nicht nur einen Stillstand der fachlichen Weiterentwicklung der Frühförderung hervorgerufen, es hat nicht nur zu einer tiefen Verunsicherung von Eltern, Mitarbeiterinnen und Einrichtungsträgern geführt, sondern auch zu einer Gefährdung von Einrichtungen, weil längst überfällige Entgeltanpassungen verweigert, bewährte Verfahren in Frage gestellt und Kostenzusagen zurückgezogen wurden.

Das hat dazu geführt, dass sich einige das unberührte Nischendasein der Frühförderung zurückwünschten. In der Verklärung der Vergangenheit mit wachsendem Abstand zur Gegenwart erscheint manches besser und gesicherter als es heute ist. Diese Sicht verkennt, dass es erhebliche Unterschiede in der Ausgestaltung der Frühförderung zwischen den Bundesländern und selbst innerhalb einzelner Bundesländer gibt. Die Behandlung und Förderung behinderter Kinder darf aber nicht überwiegend davon abhängig sein, wo die Eltern leben. Diese Verklärung verkennt auch, dass der Druck, der gerade auf den Sozialleistungsträgern lastet, die für die Frühförderung verantwortlich sind, so groß ist, dass auch als gesichert angesehene Besitzstände in Frage gestellt werden. Der überwiegende Teil der Einschränkungen, Kürzungen und die neuen bürokratischen Hemmnisse rühren daher und haben nichts mit der Ausgestaltung der Komplexleistung nach dem SGB IX zu tun. Sie sind schlicht dem wirtschaftlichen Druck geschuldet, der auf den Sozialleistungsträgern lastet. Und alle ahnen, dass die Entwicklungen, die in anderen Sozialleistungsbereichen aktuell im Gange sind, auch bei behinderten Menschen ankomen

werden. Das Heil in der Entlastung des einen Sozialleistungsträgers zu Lasten des anderen zu suchen muss scheitern.

Der Weg, der vor Ort und in den Ländern, aber auch in den Einrichtungen gegangen werden muss, wird ein schwieriger werden. Die Grenzen, die von den Leistungsträgern überwunden werden müssen, sind nicht die einzigen auf dem Weg zur Komplexleistung. Es müssen auch die Grenzen zwischen den Fachdisziplinen überwunden werden, die es nach wie vor und wider besseres Wissen gibt.

Bei allen Schwierigkeiten und Problemen, die das SGB IX in die Frühförderung gebracht hat, darf nicht vergessen werden, dass ein großer Teil davon bis heute vielerorts von den Eltern und den Kindern gelöst werden muss. Sie haben, um wirksame Hilfe zu erhalten, sich ihre Komplexleistungen bei den Kostenträgern und den Fachdisziplinen zusammensuchen müssen. Wenn wir ihnen jetzt einen Teil dieser Arbeit abnehmen können, so ist das längst überfällig.

In diesem Sinne appelliere ich an Sie, sich konstruktiv mit den Möglichkeiten der Komplexleistungen auseinanderzusetzen und sich dem neuen Standard und der Zusammenarbeit mit den Familien und den anderen beteiligten Fachkräften und Berufsgruppen zu stellen. Die Arbeitshilfe soll die Träger und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen informieren und sie auf die bevorstehenden Verhandlungen vor Ort und auf der Landesebene vorbereiten.

Für den fachlichen Beitrag möchten wir uns herzlich bei der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung bedanken. Wir beabsichtigen, die Arbeitshilfe mit weiteren Materialien aus der Bundes- und Landesebene fortzusetzen. Aktuelle Informationen sind auch auf der Homepage des Bundesverbandes www.bvkm.de zum Thema zu finden.

Düsseldorf, 25.06.2003

Norbert Müller-Fehling

Von der Rechtsverordnung zur Komplexleistung

Mit dem SGB IX wurde eine eigenständige gesetzliche Grundlage für die interdisziplinäre Frühförderung geschaffen. Medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Leistungen sowie die Beratung der Eltern sollen in einem interdisziplinären Prozess unter Berücksichtigung der Familie und des sozialen Umfeldes als Komplexleistung erbracht werden. Die Komplexleistung kommt durch eine integrierte und einheitliche Leistungserbringung der Rehabilitationsträger, in erster Linie der Krankenkassen und der örtlichen Sozialhilfeträger, zustande.

Der Entwurf einer gemeinsamen Empfehlung Früherkennung/Frühförderung, der von einer Fachgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft für die Rehabilitation Behinderter (BAR) im Jahre 2001/2002 erarbeitet wurde, erfüllte weitgehend die Zielsetzung des SGB IX. Nach der Ablehnung des Entwurfs durch die Sozialhilfeträger war nun der Gesetzgeber gefordert, die Ziele des SGB IX durch eine Rechtsverordnung durchzusetzen. Die Sozialhilfeträger hatten sich gegen die Nennung von Anteilen bei der Kostenverteilung ausgesprochen, Mindeststandards abgelehnt und unter bestimmten Voraussetzungen die Kostenübernahme von heilpädagogischen Leistungen durch die Krankenkassen gefordert. Nach dem endgültigen Scheitern Anfang Dezember 2002 wurde die Arbeit an einer Rechtsverordnung durch das Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung aufgenommen.

Nachdem der Bundesrat am 20. Juni mit der Maßgabe einer Reihe von Änderungen der Rechtsverordnung zugestimmt hat, tritt sie nach der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt zum 01.07.2003 in Kraft.

Die vorliegende Rechtsverordnung macht deutlich, was in einer gemeinsamen Empfehlung Früherkennung/Frühförderung hätte alles geregelt werden können und was nun im Rahmen der Rechtsverordnung ungeregelt bleibt. Das wird unweigerlich insbesondere bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Frühfördereinrichtungen Enttäuschungen hervorrufen. Dieser Mangel war zu erwarten und konnte letztendlich kaum behoben werden, da die Ermächtigungsgrundlage für die Verordnung sich auf die Abgrenzung der Leistungen, die Übernahme oder Teilung der Kosten, die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie die Finanzierung beschränkt. Nicht mehr. Aber auch nicht weniger.

Die Rechtsverordnung folgt in den Grundzügen dem Entwurf der gemeinsamen Empfehlung. Sie übernimmt im Rahmen des ihr zugestandenen Regelungsbereiches im

wesentlichen den Verhandlungsstand der gemeinsamen Empfehlung.

Der Anwendungsbereich der Rechtsverordnung (§ 1 FrühV) ist auf die Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder in Sozialpädiatrischen Zentren und Interdisziplinären Frühförderstellen eingegrenzt. Zum Anwendungsbereich gehört ausdrücklich die Vereinbarung von Entgelten für diese Einrichtungen.

§ 2 beschreibt die Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung. Sie umfassen Leistungen der medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen, die durch fachlich geeignete interdisziplinäre Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Kindes ausgeführt werden. Die medizinischen Leistungen nach § 30 SGB IX und die heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX werden als Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung zusammengefasst und gleichberechtigt nebeneinander gestellt. Damit behebt der Verordnungsgeber den Mangel des Gesetzgebers, die Komplexleistung nicht vor die Klammer der medizinischen und der heilpädagogischen Leistungen gezogen zu haben, sondern sie allein unter die medizinische Rehabilitation eingeordnet zu haben. Die sogenannte „bayerische Rechtsauffassung“, die den Krankenkassen damit die alleinige Kostenverantwortung für die Frühförderung zuwies, ist damit nicht mehr möglich. Satz 2 spricht von der Fachlichkeit der Interdisziplinären Frühförderstelle, ohne dass sie hier näher beschrieben oder Standards definiert werden. Was fachlich geeignet ist, muss also aus dem Gesetz der Rechtsverordnung, ggf. der Begründung abgeleitet werden. Rehabilitationsträger und Leistungsanbieter müssen sich u.U. auf der Landesebene oder in der direkten Verhandlung darauf verständigen, was fachlich geeignet ist.

In der Begründung zum § 2 wird auf die Möglichkeit der Konkretisierung der Anforderung durch **Landesrahmenempfehlungen** hingewiesen. Angesichts des erheblichen Regelungsbedarfes auf der Landes- und der regionalen Ebene haben die Verbände vorgeschlagen, einen Hinweis auf Landesrahmenempfehlungen unmittelbar in den Verordnungstext aufzunehmen. Landesrahmenempfehlungen können einen wichtigen Beitrag zur Ausgestaltung der Komplexleistung und zur Umsetzung des SGB IX leisten. Die in ihrer regionalen Struktur sehr unterschiedlichen Rehabilitationsträger und die strukturell schwache Verhandlungsposition der einzelnen Einrichtungen erfordern eine Orientierung an Landesrahmenempfehlungen, um vergleichbare Bedingungen in den Ländern für Kinder, Eltern und Mitarbeiter und Einrichtungsträger zu schaffen. Regelungsbedarf besteht insbesondere bei der Ausdifferenzierung von Leistungselementen, der Definition von Standards und bei den Vorgaben zur Ermittlung von Leistungseinheiten und Leistungsentgelten. Der Bundesrat hat den Vorschlag

aufgegriffen und die Möglichkeit der Landesrahmempfehlungen in die Verordnung gebracht.

Im § 3 werden die Interdisziplinären Frühförderstellen in ihrer Aufgabe und Funktion beschrieben. Sie sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitraum erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen ausgleichen oder mildern sollen. Die Leistungen werden in ambulanter, einschließlich mobiler Form erbracht. In der Begründung werden die Aufgabe und Arbeitsweise der interdisziplinären Frühförderstellen auch unter fachlichen Gesichtspunkten beschrieben. Dort ist auch der Hinweis zu finden, dass zur interdisziplinären Frühförderung ein offenes Beratungsangebot gehört. Leider war dies nicht in den Verordnungstext zu bringen. Die Beschreibung der Frühfördereinrichtung konkretisiert, was Frühförderung zu leisten hat und wie dies geschehen soll und wie nicht. Die kooperative Einbeziehung weiterer nicht-hauptamtlicher Mitarbeiter ist möglich. Vorstellbare virtuelle Frühfördereinrichtungen von niedergelassenen Ärzten, Pädagogen und Therapeuten sollen ebenso von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden wie Tageseinrichtungen für Kinder.

Gerade der letzte Punkt schmerzt nicht nur einige Bundesländer. Das SGB IX beschränkt sich ausschließlich auf die Leistungen, die durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren erbracht werden. Sowohl die gemeinsame Empfehlung als auch die Rechtsverordnung schließen Leistungen, die von interdisziplinären Frühförderstellen im Einzelfall in Tageseinrichtungen erbracht werden, nicht aus. Eine Ausweitung darüber hinaus wird auch von den Gesetzesvorgaben nicht gedeckt. Natürlich muss zu Recht eingewendet werden, dass die medizinisch-therapeutischen und die pädagogischen Leistungen, die in der Arbeit mit behinderten Kindern in Tageseinrichtungen für Kinder erbracht werden, sinnvoll nur als Komplexleistung erbracht werden. Es sollte daher auf der Landesebene versucht werden, Regelungen nach dem Vorbild der gemeinsamen Empfehlung und der Rechtsverordnung auch für diesen Bereich zu schaffen. Eine Möglichkeit dazu bietet § 5 Abs.3.

§ 4 Sozialpädiatrische Zentren sind auf die Behandlung von Kindern ausgerichtet, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. In der Definition und Aufgabenbeschreibung greift die Rechtsverordnung auf die Vorschriften des § 119 SGB V zurück.

In § 5 werden die medizinischen Leistungen beschrieben, die von den Krankenkassen zu finanzieren sind. Dazu zählen die ärztliche Behandlung, einschließlich der ärztlichen Diagnostik, und alle anderen Leistungen zur Diagnostik und zur Aufstellung des Förder- und Behand-

lungsplans, einschließlich der heilpädagogischen, psychosozialen Leistungen und der Beratung der Erziehungsberechtigten, soweit sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden.

Weiterhin gehören die durch den Förder- und Behandlungsplan veranlassten medizinisch-therapeutischen Leistungen dazu. Absatz 2 der Rechtsverordnung regelt, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch die Beratung der Erziehungsberechtigten umfassen. Die Beschreibung von Inhalt und Umfang der Beratung ist hinreichend. Ein vom Bundesrat eingebrachter Abs. 3 soll dazu beitragen, dass auf der Landesebene bewährte weitergehende Regelungen nicht in Frage gestellt werden.

Die heilpädagogischen Leistungen nach § 56 SGB IX werden in § 6 beschrieben. Sie umfassen alle Maßnahmen, die mit pädagogischen Mitteln der Entwicklung des Kindes und der Entfaltung seiner Persönlichkeit dienen und die im Einzelfall erforderlich sind, soziale und sonderpädagogische, psychologische und psychosoziale Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten. Die Leistungsbeschreibung ist umfassend und definiert die heilpädagogischen Leistungen als ein Bündel von Hilfen. Daraus ableiten lassen sich auch die beteiligten Disziplinen. Eine Reduzierung auf die Beschäftigung von Heilpädagogen ist damit nicht möglich. Heilpädagogische Maßnahmen sind wie medizinische Leistungen als Sammelbegriff zu verstehen.

§ 7 regelt den Förder- und Behandlungsplan. Dieser erhält eine Schlüsselstellung. Er bestimmt, ob, wie, wo und welche Leistungen wie oft und wie lange erbracht werden. Er bestimmt, ob ein Kind in einem sozialpädiatrischen Zentrum oder in einer Frühförderstelle gefördert und behandelt werden soll. Der Förder- und Behandlungsplan wird dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst. Nach 12 Monaten ist spätestens ein neuer Plan aufzustellen. § 7 schreibt vor, dass der Förder- und Behandlungsplan interdisziplinär entwickelt wird. Er ist von einem Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Kinderheilkunde sowie der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft zu unterzeichnen. Die Unterschrift des Arztes unter den Förder- und Behandlungsplan ist der Schlüssel zu der medizinischen Leistung der Förderung und Behandlung. Die Krankenkassen sehen die Verantwortung des Arztes auch für die medizinisch-therapeutischen Leistungen der Förderung und Behandlung. Es wird zwischen Leitung und Verantwortung unterschieden. Ärztlich Verantwortung realisiert sich nach der Rechtsverordnung durch die Beschreibung der medizinischen und therapeutischen Leistungen im Förder- und Behandlungsplan. Die Beschaffung weiterer Verordnungen, z.B. von Heilmitteln, ist damit überflüssig. Der Referenten-Entwurf sah vor, dass der Förder- und Behandlungsplan in Abstimmung mit den Erziehungsberechtigten zustande kommen soll. In der verabschiedeten Fassung wird jetzt von der Zusammenarbeit mit den Eltern

gesprochen. Die Rehabilitationsträger bewilligen die Leistungen auf der fachlichen Grundlage des Förder- und Behandlungsplanes oder lehnen sie mit einem rechtsfähigen Bescheid ab.

§ 8 regelt die Erbringung der Komplexleistung. Er sieht vor, dass ein Antrag bei allen Rehabilitationsträgern gestellt werden kann. Der Rehaträger, bei dem der Antrag gestellt wird, unterrichtet unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten anderen Rehabilitationsträger. Diese stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistungen. Der Sozialhilfeträger entscheidet in der Regel über die Komplexleistung in den interdisziplinären Frühförderstellen und die Krankenkassen in der Regel über die Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren. Die beteiligten Rehabilitationsträger können im gegenseitigen Einvernehmen auch andere Zuständigkeiten vereinbaren. Ferner werden hier die Erstattungspflicht und die Möglichkeit von Pauschalierungen geregelt. Alle Beteiligten werden auf die Zusammenarbeit verpflichtet.

Die Teilung der Kosten der Komplexleistung ist im § 9 geregelt. Gegenüber dem Referententwurf wurde auf die Einsetzung einer Schiedsstelle verzichtet. Von Bedeutung ist, dass die Rehaträger gemeinsam Entgelte für die Komplexleistung in interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren vereinbaren. Auf diese Weise ist am ehesten sichergestellt, dass die Leistungen vollständig vergütet werden. Die gemeinsame Empfehlung war hier unklarer. Die gemeinsam vereinbarten Entgelte werden zwischen den Rehaträgern aufgeteilt. Die Teilung der Kosten berücksichtigt die Besonderheiten der Einrichtung. Die Formulierung wurde aus der gemeinsamen Empfehlung übernommen. Die Aufteilung der Entgelte kann pauschal erfolgen. In interdisziplinären Frühförderstellen soll der Anteil der Sozialhilfe 80 %, in sozialpädiatrischen Zentren 20 % nicht überschreiten. Bei der Aufteilung der Kosten werden Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, berücksichtigt. Die Formulierung stellt sicher, dass nur die Leistungen Dritter berücksichtigt werden, die für die Leistungen nach der Rechtsverordnung gewährt werden. Damit können die Länder weiterhin ergänzende Leistungen gewähren und Investitionshilfen, z.B. der Aktion Mensch, unberücksichtigt bleiben. Vorstellbar ist auch, dass die Zuschüsse der Länder zur Finanzierung des offenen Beratungsangebotes einsetzt werden.

Zugang zu und Verlauf der Leistungen

- nach den Regelungen der Frühförderungsverordnung (FrühV)

- 1) Verordnung von interdisziplinärer Diagnostik in SPZ oder IFF durch einen Vertragsarzt
- 2a) Interdisziplinäre Diagnostik durch SPZ unter ärztlicher Leitung
- 2b) Interdisziplinäre Diagnostik durch IFF unter ärztlicher Verantwortung (Kooperationsarzt)
- 3) Ergebnis der Diagnostik: Förder- und Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten und mit der Unterschrift des Arztes und der pädagogischen Fachkraft
 - 3.1 Keine interdisziplinäre Frühförderung, ggf andere Empfehlung
 - 3.2 Wenn interdisziplinäre Frühförderung: Empfehlung für IFF oder SPZ
 - 3.3 Beschreibung der Leistungen zur Behandlung und Förderung (was, wie, wer, wie viel, wie lange)
- 4) Antrag auf Leistungen bei einem Reha-Träger auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplanes
- 5) Unterrichtung des anderen Reha-Trägers durch den Reha-Träger, bei dem die Leistung beantragt wurde
- 6) Abstimmung der Reha-Träger untereinander und Entscheidung innerhalb von zwei Wochen durch einen Bescheid eines Reha-Trägers mit Bindungswirkung für den anderen. In der Regel: IFF = Sozialhilfe, SPZ = GKV
- 7a) Förderung und Behandlung in SPZ
- 7b) Förderung und Behandlung in IFF
- 8) Bei Bedarf fortlaufende Anpassung des Förder- und Behandlungsplanes
- 9) Erneute Diagnostik und Förder- und Behandlungsplanerstellung nach spätestens 12 Monaten

Regelungsbedarf auf Landes-, Regional- und Ortsebene

Alles, was die Rechtsverordnung gegenüber der gemeinsamen Empfehlung offen lässt, sollte nach Möglichkeit durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden. Dies empfiehlt sich auch deshalb, da die Leistungsträger abweichende regionale Strukturen aufweisen. Kommen Landesrahmenempfehlungen nicht oder nicht zu allen Detailfragen zustande, müssen sie zwischen den örtlichen Einrichtungsträgern und den Leistungsträgern vereinbart werden.

Zum Regelungsbedarf gehören insbesondere:

- inhaltliche Füllung der Früherkennung/Frühförderung mit den Elementen der Komplexleistungen (Hierzu kann auf die, auch bei den Leistungsträgern, unstrittige Beschreibung der Leistungsinhalte der Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung des Entwurfs der Gem. Empfehlung Nr. 3 zurückgegriffen werden, s. Anlage.)
- Vereinbarungen über
 - Mindeststandards
 - Berufsgruppen
 - Personalausstattung
 - Sachliche und räumliche Ausstattung
 - Dokumentation
 - Qualitätssicherung
- das offene Erstberatungsangebot und der Zugang dazu (ggf. durch Landesfinanzierung)
- Zulassung der Frühförderstelle zur Leistungserbringung (Zulassung nach SGB V in Verbindung mit SGB IX, Vereinbarung nach § 93 ff. BSHG)
- Anforderungen an die Kooperationsvereinbarungen mit nicht hauptamtlich beschäftigten Fachkräften (ggf. Mustervereinbarung)
- Regelungen zur Ermittlung von Leistungsentgelten und zum Abschluss von Leistungsvereinbarungen unter Berücksichtigung von Rahmen- und Umfeldleistungen (ggf. durch Landesrahmenempfehlung)
 - Umfang und Dauer der Diagnostik und Förder- und Behandlungsplanerstellung
 - Festlegung von Zeiteinheiten und Umfang von Leistungen
 - Regelungen über die Anpassung von Förder- und Behandlungsplänen
- Verfahren über die Beantragung und Bewilligung von Leistungen
- Abrechnungs- und Vorleistungsverfahren zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern
- Verfahren und Regeln für die von der FrühV geforderte Zusammenarbeit von SPZ und Frühförderstelle sowie die Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Stellen
- Durchlässigkeit von SPZ und Frühförderstellen, insbesondere Sicherung der Inanspruchnahme der SPZ für Diagnostik durch Frühförderstellen bei laufender Förderung und Behandlung

Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung - FrühV)

mit der amtlichen Begründung und den Änderungen des Bundesrates
vom 20.06.03

Vom 24.06.2003

Auf Grund des § 32 Nr. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046, 1047) in Verbindung mit § 1 des Zuständigkeitsanpassungsgesetzes vom 16. August 2002 (BGBl. I S. 3165) und dem Organisationserlass vom 22. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4206) verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung:

§ 1 Anwendungsbereich

Die Abgrenzung der durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführten Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch zur Früherkennung und Frühförderung noch nicht eingeschulter behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, die Übernahme und die Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern sowie die Vereinbarung der Entgelte richtet sich nach den folgenden Vorschriften.

Zu § 1:

Die Vorschrift begrenzt den Anwendungsbereich der Verordnung auf Leistungen nach § 30 Abs. 1 und 2 SGB IX, soweit sie durch interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren ausgeführt werden. Leistungen, die der Früherkennung und Frühförderung dienen, aber auf anderen Rechtsgrundlagen beruhen als § 30 SGB IX oder von anderen fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen oder von anderen Leistungserbringern ausgeführt werden, sind nicht Gegenstand der Verordnung.

Die Leistungen enden mit dem Schuleintritt, weil die im Rahmen der Komplexleistung zu erbringenden heilpädagogischen Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 und § 56 SGB IX für Kinder erbracht werden, die noch nicht eingeschult sind. Besteht nach dem Schuleintritt weiterer Bedarf an Leistungen, werden diese von den Rehabilitationsträgern nicht auf Grundlage des § 30 SGB IX und dieser Verordnung erbracht.

§ 2 Früherkennung und Frühförderung

Leistungen nach § 1 umfassen

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5) und
2. heilpädagogische Leistungen (§ 6).

Die erforderlichen Leistungen werden unter Inanspruchnahme von fachlich geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder ausgeführt. Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren kann durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden.

Zu § 2:

Satz 1 regelt in Verbindung mit §§ 5 und 6 den Umfang der Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung, indem Leistungsgruppen den jeweils zuständigen Rehabilitationsträgern zugeordnet werden.

Satz 2 stellt entsprechend § 21 Abs. 3 SGB IX klar, dass die Rehabilitationsträger nur interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren in Anspruch nehmen, die fachlich geeignet sind. Fachlich nicht geeignet sind solche Dienste und Einrichtungen, die insbesondere nicht in der Lage sind, die erforderlichen Leistungen entsprechend ihrer Zielsetzung und unter Berücksichtigung der Anforderungen dieser Verordnung sowie des Neunten Buches Sozialgesetzbuch auszuführen. Zur Konkretisierung der Anforderungen können Landesrahmenempfehlungen beitragen.

Änderung des Bundesrates zu § 2 Satz 3 - neu –

Dem § 2 ist folgender Satz 3 anzufügen:

„Näheres zu den Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren kann durch Landesrahmenempfehlungen geregelt werden.“

Begründung:

Die Begründung zu § 2 weist bereits darauf hin, dass zur Konkretisierung der Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren Landesrahmenempfehlungen dienen können. Zur Verdeutlichung, dass solche Konkretisierungen durchaus erwünscht sind, sollte diese Aussage im Verordnungstext selbst verankert werden.

§ 3 Interdisziplinäre Frühförderstelle

Interdisziplinäre Frühförderstellen im Sinne dieser Verordnung sind familien- und wohnortnahe Dienste und Einrichtungen, die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen, um in interdisziplinärer Zusammenarbeit von qualifizierten medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Fachkräften eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern. Leistungen durch interdisziplinäre Frühförderstellen werden in der Regel in ambulanter, einschließlich mobiler, Form erbracht.

Zu § 3:

Die Vorschrift definiert die interdisziplinären Frühförderstellen, die von den Rehabilitationsträgern grundsätzlich zur Ausführung der Leistungen in Anspruch genommen werden können. Bei den interdisziplinären Frühförderstellen handelt es sich um lebensweltorientierte Einrichtungen, die Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt im Rahmen eines interdisziplinären und ganzheitlichen Konzeptes ambulant und mobil/aufsuchend diagnostizieren, behandeln und fördern. Die regelmäßig im Vordergrund stehende heilpädagogische Förderung steht mit ärztlichen und medizinisch-therapeutischen Leistungen im Dienste der Entwicklungsförderung des Kindes. Der Frühförderstelle obliegt die Gewährleistung der ganzheitlichen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen einschließlich eines offenen Beratungsangebotes. Dabei kann der Träger der Frühförderstelle auch Kooperationen mit nicht in der Einrichtung beschäftigten Fachkräften begründen. Ein loser Zusammenschluss von niedergelassenen Ärzten und Heilmittelerbringern („virtuelle Frühförderstelle“) bildet keine interdisziplinäre Frühförderstelle im Sinne der Verordnung, das gleiche gilt auch für Tagesstätten und Sonderkindergärten.

Änderung der Bundesrates zu § 3 Satz 1

In § 3 Satz 1 sind die Wörter „oder die Behinderung“ durch die Wörter „und die Behinderung“ zu ersetzen.

Begründung:

Satz 1 definiert interdisziplinäre Frühförderstellen als Einrichtungen und Dienste, „...die der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern dienen“. Von dieser Definition ausgehend muss bei der Formulierung der Zielbestimmung für die Frühförderstellen das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt werden. Zielsetzung kann es nicht sein, entweder Behinderungen früh zu erkennen oder Förder- und Behandlungsmaßnahmen zu erbringen.

§ 4 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren im Sinne dieser Verordnung sind die nach § 119 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigten Einrichtungen. Die frühzeitige Erkennung, Diagnostik und Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf Kinder ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Behinderung oder einer drohenden Behinderung nicht von geeigneten Ärzten oder geeigneten interdisziplinären Frühförderstellen (§ 3) behandelt werden können.

Zu § 4:

Die Vorschrift stellt sicher, dass Leistungen nur von sozialpädiatrischen Zentren ausgeführt werden können, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Änderung des Bundesrates zu § 4 Satz 2

In § 4 Satz 2 sind vor dem Wort „Behandlung“ die Wörter „frühzeitige Erkennung, Diagnostik und“ einzufügen.

Begründung

Die Aufgabenstellung der sozialpädiatrischen Zentren ist nicht auf die Behandlung von Kindern begrenzt; wichtige Elemente sind vielmehr auch die frühzeitige Erkennung und die ordnungsgemäße Diagnostik (§ 43a SGB V).

§ 5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Die im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

zur Früherkennung und Frühförderung zu erbringenden medizinischen Leistungen umfassen insbesondere

1. ärztliche Behandlung einschließlich der zur Früherkennung und Diagnostik erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten,
2. nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, soweit und solange sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Förder- und Behandlungsplan aufzustellen,
3. Heilmittel, insbesondere physikalische Therapie, Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Beschäftigungstherapie, soweit sie auf Grund des Förder- und Behandlungsplans nach § 7 Abs. 1 erforderlich sind.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 umfassen auch die Beratung der Erziehungsberechtigten, insbesondere

1. das Erstgespräch,
2. anamnestiche Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen,
3. die Vermittlung der Diagnose,
4. Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans,
5. Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen,
6. Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags,
7. Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung,
8. Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
9. Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten.

(3) Weiter gehende Vereinbarungen auf der Landesebene bleiben unberührt.

Zu § 5:

Die Vorschrift ordnet Leistungen des § 30 SGB IX den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu. Die Zuständigkeit für diese Leistungen richtet sich weiterhin nach den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen. Für die Leistungen können aufgrund § 6 i.V.m. § 5 Nr. 1 SGB IX zuständig sein

- die Träger der gesetzlichen Krankenkassen,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und
- die Träger der Sozialhilfe.

Absatz 1 konkretisiert die Leistungen nach § 30 SGB IX nicht abschließend. Absatz 1 Nr.1 stellt sicher, dass die medizinischen Leistungen (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB IX) immer auch die erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten umfassen. Absatz 1 Nr. 2 entspricht § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX und berücksichtigt durch seine Formulierung, dass je nach Einzelfall aufgrund der Früherkennung und Diagnostik Leistungen sowohl zur Behandlung als auch zur Förderung erforderlich sein können; eine Leistungsausweitung gegenüber § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX ist damit nicht verbunden. Absatz 1 Nr. 3 beschreibt die nichtärztlichen medizinisch-therapeutischen Leistungen, die nach Feststellung des von einem Arzt und einer pädagogischen Fachkraft nach § 7 Abs. 1 Satz 4 unterzeichneten Förder- und Behandlungsplans zur Förderung und Behandlung erbracht werden können.

Absatz 2 konkretisiert die insbesondere nach § 4 Abs. 3 und § 30 SGB IX geltenden Gestaltungsgrundsätze der intensiven Beteiligung der Sorgeberechtigten.

Änderung des Bundesrates zu § 5 Abs. 1 Nr. 3

In § 5 Abs. 1 sind in Nummer 3 den Wörtern „physikalische Therapie“ die Wörter „Heilmittel, insbesondere“ voranzustellen.

Begründung:

Die Formulierung „Heilmittel, insbesondere“ umfasst die im bisherigen Text genannten Therapieformen und lässt im Übrigen Raum für weitere therapeutische Leistungen.

zu § 5 Abs. 1 Nr. 3

In § 5 Abs.1 Nr. 3 ist nach den Wörtern „physikalische Therapie,“ das Wort „Physiotherapie,“ einzufügen.

Begründung:

Mit der Änderung soll klargestellt werden, dass auch physiotherapeutische Leistungen mit umfasst sind. Physiotherapie und physikalische Therapie sind nicht identisch. Es bestehen zwar Überschneidungen; die Physiotherapie hat aber ein umfassenderes Konzept und ist für die Frühförderung von großer Bedeutung.

zu § 5 Abs. 1 Nr. 3

In § 5 Abs. 1 Nr. 3 ist die Angabe „§ 8 Abs. 1 und 2“ durch die Angabe „§ 7 Abs. 1“ zu ersetzen.

Begründung:

Redaktionelle Berichtigung.

zu § 5 Abs. 3 - neu - und § 6

Dem § 5 ist folgender Absatz anzufügen:

„(3) Weiter gehende Vereinbarungen auf Landesebene bleiben unberührt.“

§ 6 Heilpädagogische Leistungen

Heilpädagogische Leistungen nach § 56 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch umfassen alle Maßnahmen, die die Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anregen, einschließlich der jeweils erforderlichen sozial- und sonderpädagogischen, psychologischen und psychosozialen Hilfen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten; § 5 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

Zu § 6:

Die Vorschrift beschreibt die von der Verordnung erfassten heilpädagogischen Leistungen.

Änderung des Bundesrates als Folge der Änderung in § 5, Abs 3 (neu)

ist in § 6 der zweite Halbsatz wie folgt zu fassen:

„§ 5 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.“

Begründung:

In der Bundesrepublik Deutschland besteht ein sehr heterogen gewachsenes System von Frühfördereinrichtungen und der zur Förderung und Behandlung zu erbringenden Leistungen. Bewährte landesrechtliche Regelungen und Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern müssen beibehalten werden.

Beispielsweise hat die Interministerielle Kommission Frühförderung in Baden-Württemberg bereits am 14. Februar 1996 zur Thematik „Behandlung durch nichtärztliche Therapeuten in Interdisziplinären Frühförderstellen freier und kommunaler Träger“ eine EntschlieÙung verabschiedet mit dem Ziel, den Besonderheiten der Interdisziplinären Frühförderstellen Rechnung zu tragen.

Basierend auf dieser EntschlieÙung haben sich die Leistungsträger und Verbände der Leistungserbringer am 11. Januar 2001 auf ein Eckpunktepapier verständigt, welches

- die Dauer der Einzelbehandlung,
- einheitliche Vergütungssätze,
- die Therapieinhalte und deren Auswirkung auf die Vergütungsstruktur regelt.

Diese Vereinbarung ist sowohl für die Leistungsträger als auch die Leistungserbringer eine hilfreiche Grundlage der gegenseitigen Abstimmung und reibungsloseren Zusammenarbeit.

§ 7 Förder- und Behandlungsplan

(1) Die interdisziplinären Frühförderstellen und die sozialpädiatrischen Zentren stellen die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach §§ 5 und 6 in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich zusammen und legen diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des § 14 SGB IX zur Entscheidung vor. Der Förder- und Behandlungsplan wird entsprechend dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst, spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf. Der Förder- und Behandlungsplan wird von dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet. Die Erziehungsberechtigten erhalten eine Ausfertigung des Förder- und Behandlungsplans.“

(2) Der Förder- und Behandlungsplan kann auch die Förderung und Behandlung in einer anderen Einrichtung, durch einen Kinderarzt oder die Erbringung von Heilmitteln empfehlen.

Zu § 7:

Ein wesentliches Kriterium der Komplexleistung „Frühförderung“ sind die stringent aufeinander abgestimmten Leistungen. Deshalb werden die verschiedenen Leistungen zur Förderung und Behandlung auf Grundlage eines Förder- und Behandlungsplans erbracht (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB IX). Gleichzeitig ist der Förder- und Behandlungsplan wichtige Voraussetzung zur Umsetzung der Verordnungsermächtigung (§ 32 Nr. 1 SGB IX), indem durch ihn für die Rehabilitationsträger erst die Abgrenzung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen und die Kostenteilung möglich wird.

Absatz 1 Satz 2 berücksichtigt, dass neben dem Förder- und Behandlungsplan bereits auf Grundlage der jeweiligen Leistungsgesetze erstellte „Hilfe-Pläne“ bestehen können. Absatz 1 Satz 3 kommt dem Erfordernis der interdisziplinären Leistungserbringung nach und stellt darüber hinaus die besondere Bedeutung der ärztlichen Verantwortung und die für die Frühförderung erforderliche pädagogische Kompetenz sicher. Absatz 2 stellt klar, dass Leistungen, die der Früherkennung und Frühförderung dienen, auch außerhalb des Anwendungsbereichs des § 30 SGB IX erbracht und darüber hinaus auch von anderen Leistungserbringern ausgeführt werden; in diesen Fällen erfolgt die Förderung und Behandlung nicht auf Grundlage der Verordnung.

Änderung des Bundesrates zu § 7 Abs. 1

§ 7 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Die interdisziplinären Frühförderstellen und die sozialpädiatrischen Zentren stellen die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach §§ 5 und 6 in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich zusammen und legen diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des § 14 SGB IX zur Entscheidung vor. Der Förder- und Behandlungsplan wird entsprechend dem Verlauf der Förderung und Behandlung angepasst, spätestens nach Ablauf von zwölf Monaten. Dabei sichern die Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren entsprechend dem jeweiligen Bedarf. Der Förder- und Behandlungsplan wird von dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft unterzeichnet. Die Erziehungsberechtigten erhalten eine Ausfertigung des Förder- und Behandlungsplans.“

Begründung:

Grundsätzlich ist zwischen der Erstellung eines Förder- und Behandlungsplans und der Bewilligung zu unterscheiden. Eine frühzeitige Einbindung der zuständigen Rehabilitationsträger in Form einer fachlichen Abstimmung des Förder- und Behandlungsplans ist praktisch kaum durchführbar. Darüber hinaus besteht hierfür keine Notwendigkeit. Der Förder- und Behandlungsplan ist als Grundlage des Antrags bei den zuständigen Rehabilitationsträgern zu sehen, das weitere Verfahren regelt § 14 SGB IX. Damit wird das Recht der Prüfung des Antrags und die Entscheidung über entsprechende Leistungsverpflichtungen durch die zuständigen Rehabilitationsträger gesichert. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem für die Durchführung der diagnostischen Leistungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 verantwortlichen Arzt und der verantwortlichen pädagogischen Fachkraft sichert die fachliche Qualität des Verfahrens und entspricht der Intention des SGB IX zur Erbringung einer Komplexleistung. Somit wird die gemeinsame Verantwortung der Fachprofessionen am Prozess in besonderer Weise betont. Der Terminus des „Arztes mit Erfahrung auf dem Gebiet der Kinderheilkunde“ wird somit entbehrlich. Der Begriff kann zu Rechtsunsicherheiten führen und die Erbringung einer gemeinsam verantworteten Komplexleistung behindern.

§ 8 Erbringung der Komplexleistung

(1) Die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 und 6 erforderlichen Leistungen werden von den beteiligten Rehabilitationsträgern auf Grundlage des Förder- und Behandlungsplans zuständigkeitsübergreifend als ganzheitliche Komplexleistung erbracht. Ein Antrag auf die erforderlichen Leistungen kann bei allen beteiligten Rehabilitationsträgern gestellt werden. Der Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt wird, unterrichtet unverzüglich die an der Komplexleistung beteiligten Rehabilitationsträger. Die beteiligten Rehabilitationsträger stimmen sich untereinander ab und entscheiden innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Förder- und Behandlungsplans über die Leistung.

(2) Sofern die beteiligten Rehabilitationsträger nichts anderes vereinbaren, entscheidet der für die Leistungen nach § 6 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexleistungen interdisziplinärer Frühförderstellen und der für die Leistungen nach § 5 jeweils zuständige Rehabilitationsträger über Komplexleistungen sozialpädiatrischer Zentren.

(3) Erbringt ein Rehabilitationsträger im Rahmen der Komplexleistung Leistungen, für die ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, ist der zuständige Rehabilitationsträger erstattungspflichtig. Vereinbarungen über pauschalierte Erstattungen sind zulässig.

(4) Interdisziplinäre Frühförderstellen und sozialpädiatrische Zentren arbeiten zusammen. Darüber hinaus arbeiten sie mit Ärzten, Leistungserbringern von Heilmitteln und anderen an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Soweit nach Landesrecht an der Komplexleistung weitere Stellen einzubeziehen sind, sollen diese an Arbeitsgemeinschaften der an der Früherkennung und Frühförderung beteiligten Stellen beteiligt werden.

Zu § 8:

Die Vorschrift kommt der Vorgabe des § 30 Abs. 1 Satz 2 SGB IX nach, die erforderlichen medizinischen Leistungen in Ver-

bindung mit den erforderlichen heilpädagogischen Leistungen als Komplexleistung zu erbringen. Absätze 1, 2 und 3 regeln im Wesentlichen das Verfahren zur (vorläufigen) Übernahme der Kosten, indem bestimmt wird, dass ein Rehabilitationsträger zunächst die Komplexleistung erbringt, sofern die beteiligten Rehabilitationsträger nichts anderes vereinbaren. Wegen der Besonderheit der Komplexleistung, für die regelmäßig zwei Rehabilitationsträger gemeinsam zuständig sind, enthalten die Absätze 1, 2 und 3 ein für die Komplexleistung gegenüber § 14 SGB IX vorrangiges Verfahren.

Absatz 1 Satz 2 bis 4 berücksichtigen das Erfordernis einer Komplexleistung, dass ein Leistungsantrag bei jedem der beteiligten Rehabilitationsträger gestellt werden kann und die Leistungserbringung „aus einer Hand“ erfolgt. Absatz 2 überlässt es vorrangig den beteiligten Rehabilitationsträgern zu vereinbaren, wer gegenüber den Leistungsberechtigten die Komplexleistung erbringt und damit zunächst die Kosten übernimmt. Für den Fall, dass derartige Vereinbarungen nicht zustande kommen, bestimmt Absatz 2 dass der Rehabilitationsträger die Komplexleistung erbringt, der regelmäßig für den überwiegenden Teil der Leistungen zuständig ist. Die deshalb notwendigen Erstattungsregelungen bestimmt Absatz 3. Absatz 4 dient der Förderung der integrativen Leistungserbringung. Die Leistungen interdisziplinärer Frühförderstellen und sozialpädiatrischer Zentren können auch in der Verantwortung eines Trägers erbracht werden. Absatz 4 Satz 3 berücksichtigt wie § 30 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB IX, dass in einigen Bundesländern auch die Kultusverwaltungen im vorschulischen Bereich sonderpädagogische Hilfen erbringen. Zur Sicherung der Zusammenarbeit können Kooperationsverträge und regionale Arbeitsgemeinschaften beitragen.

Änderung des Bundesrates zu § 8 Abs. 4 Satz 1

In § 8 Abs. 4 Satz 1 ist das Wort „eng“ zu streichen.

Begründung:

Die Verankerung des Gebots der Zusammenarbeit ist ausreichend.

§ 9 Teilung der Kosten der Komplexleistung

(1) Die an den Leistungen der interdisziplinären Frühförderstelle oder des sozialpädiatrischen Zentrums jeweils beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsam mit diesen die Entgelte für die zur Förderung und Behandlung nach §§ 5 und 6 zu erbringenden Leistungen. Dabei werden Zuwendungen Dritter, insbesondere der Länder, für Leistungen nach dieser Verordnung berücksichtigt.

(2) Über die Aufteilung der Entgelte für Komplexleistungen schließen die Rehabilitationsträger auf Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder Vereinbarungen; regionale Gegebenheiten werden berücksichtigt.

(3) Die Aufteilung der Entgelte kann pauschaliert werden. Der auf die für die Leistungen nach § 6 jeweils zuständige Träger entfallende Anteil der Entgelte darf für Leistungen in interdisziplinären Frühförderstellen 80 vom Hundert und in sozialpädiatrischen Zentren 20 vom Hundert nicht übersteigen.

Zu § 9:

Die Vorschrift konkretisiert die in § 30 SGB IX vorgesehene Möglichkeit der anteilig finanzierten Komplexleistung. Absatz 1 Satz 1 und 2 begrenzt die Verpflichtung zur Schließung von dreiseitigen Vergütungsvereinbarungen auf die regelmäßig an der Komplexleistung beteiligten Rehabilitationsträger; Rehabilitationsträger, die Leistungen zur Frühförderung nur in wenigen Einzelfällen erbringen, brauchen sich am Abschluss der Vereinbarungen daher nicht zu beteiligen. Absatz 1 Satz 2 stellt sicher, dass Zuwendungen insbesondere der Länder die Kostenübernahme der Rehabilitationsträger grundsätzlich nicht mindern, es sei denn, die Zuwendungen werden für Leistungen nach der Verordnung gewährt.

Absatz 2 berücksichtigt das in der Bundesrepublik Deutschland sehr heterogen gewachsene System von Frühförderstellen.

Absatz 3 Satz 1 ermöglicht pauschalierende Abrechnungsformen. Absatz 3 Satz 2 berücksichtigt, dass durch interdisziplinäre Frühförderstellen vornehmlich heilpädagogische Leistungen ausgeführt werden, während in sozialpädiatrischen Zentren die medizinischen Leistungen deutlich überwiegen.

§ 10 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft. Der Bundesrat hat zugestimmt.

Zu § 10: Die Verordnung soll am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft treten.

EntschlieÙung des Bundesrates

Der Bundesrat hat ferner die nachstehende EntschlieÙung gefasst:

Der Bundesrat anerkennt die Absicht des Bundes, die bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten und der Kostentragungspflicht bei Leistungen der Früherkennung und Frühförderung zu lösen. Er stimmt deshalb der Frühförderungsverordnung unter Hinweis auf folgende Kritikpunkte zu:

- a) Der Bundesrat stellt fest, dass seit dem Inkrafttreten des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger bei der Erbringung von Leistungen der Früherkennung und Frühförderung und hinsichtlich der Kostentragungspflicht eingetreten sind. Diese Unsicherheiten haben Eltern von Kindern, die auf Frühförderung angewiesen sind, schwer belastet und Ängste genährt, sie würden die dringend benötigten Leistungen nicht mehr in erforderlichem Umfang oder in der nötigen Qualität erhalten. Frühförderstellen bangen um ihre künftige Existenz.
- b) Die systematische Stellung des § 30 SGB IX und dessen unklare Formulierung hat zu unterschiedlichen Auslegungen dieser Vorschrift geführt. Von kommunaler Seite wird die Auffassung vertreten, dass auf Grund der Zuordnung von Früherkennung und Frühförderung zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Kapitel 4 des Gesetzes eine alleinige Zuständigkeit und Kostentragungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherungsträger gegeben sei; die Krankenkassen bestreiten diese Auffassung und meinen mit Unterstützung des Bundes, dass mit der Regelung des § 30 SGB IX keine Verlagerung der bisherigen Zuständigkeiten (medizinische Leistungen: Krankenkassen, heilpädagogische Leistungen: Sozialhilfeträger) eingetreten sei. Der Bundesrat ist der Auffassung, dass diese Rechtsunsicherheit dringend und nachhaltig beendet werden muss.
- c) Die Rechtsverordnung könnte gerichtlich mit dem Argument angefochten werden, sie verstoÙe gegen das höherrangige Gesetz. Eine gerichtliche Klärung – vermutlich durch mehrere Instanzen - würde Jahre in Anspruch nehmen. Weitere Unsicherheiten und Ängste bei den Eltern betroffener Kinder und bei den Frühförderstellen wären die Folge. Dies kann nicht länger hingenommen werden, zumal angesichts der Tatsache, dass die jetzige Unsicherheit bereits fast zwei Jahre andauert. Das Ziel der Bundesregierung, die Frühförderung zu stärken, würde in ihr Gegenteil verkehrt; die Frühförderung würde weiteren Schaden nehmen. Der Bundesrat betrachtet die Frühförderungsverordnung deshalb nur als vorübergehende Lösung, die die bestehende Rechtsunsicherheit nicht endgültig beseitigen kann. Er vertritt im Übrigen die Auffassung, dass die Frühförderungsverordnung der in den letzten Jahren überproportional angestiegenen Kostenbelastung der Kommunen in diesem Bereich zu wenig Rechnung trägt. Bei der Aufteilung der im Rahmen der Komplexleistung aufzuwendenden Kosten ist die Situation der Kommunen stärker zu berücksichtigen.
- d) Der Bundesrat ist deshalb der Auffassung, dass im Neunten Buch Sozialgesetzbuch selbst klare Regelungen getroffen werden müssen, die die bestehenden Schwierigkeiten und Unsicherheiten beseitigen. Nachdem der Streit um die Zuständigkeiten und die Kostentragungspflichten seine Ursache im Bundesgesetz hat, kann eine Streitschlichtung auch nur auf der Ebene des Bundesgesetzes erreicht werden.

Der Bundesrat fordert deshalb die Bundesregierung auf, das Neunte Buch Sozialgesetzbuch im Hinblick auf die Früherkennung und Frühförderung dahingehend zu ändern, dass

- eine klare Abgrenzung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und heilpädagogischen Leistungen erfolgt,
- die im Rahmen der Früherkennung und Frühförderung zu erbringenden Leistungen den jeweiligen Kostenträgern eindeutig zugeordnet werden,
- im Gesetz selbst klare Aussagen zur ausgewogenen Aufteilung der Kosten im Rahmen der – zu definierenden – Komplexleistung getroffen werden.



Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V. (VIFF)

BUNDESVEREINIGUNG

Geschäftsstelle
 Frau Janine Brand
 Seidlstr.4
 D-80335 München
 Tel. +49 89 545898-20
 Fax +49 89 545898-29
 E-Mail : viff.gst@t-online.de
 www.fruehfoerderung-viff.de

Handreichungen zu Leistungsvereinbarungen gemäß SGB IX

(Stand Juni 2003)

Interdisziplinäre Frühförderstellen als Einrichtungen der interdisziplinären Frühförderung

Interdisziplinäre Frühförderung

Interdisziplinäre Frühförderung ist ein System professioneller und institutionalisierter Hilfen für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder im Kindergartenalter, die behindert oder entwicklungsauffällig sind, sowie für deren Eltern und Familien.

Die *Professionalität* ist gekennzeichnet durch

- Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer Berufsgruppe der medizinischen, pädagogischen oder psychologischen Disziplin,
- Interdisziplinarität und Ganzheitlichkeit des Verständnisses von kindlicher Entwicklung,
- Lebensweltorientierung fachlichen Handelns,
- Grundkenntnisse des Fachwissens und der Vorgehensweisen der anderen beteiligten Disziplinen,
- Wertschätzung der Autonomie des Kindes und seiner Familie.

Institutionalisiert ist die interdisziplinäre Frühförderung in

- Interdisziplinären Frühförderstellen
- Sozialpädiatrischen Zentren.

Interdisziplinäre Frühförderstellen

Interdisziplinäre Frühförderstellen sind familien- und wohnortnahe (lebensweltorientierte) Institutionen, die Kinder ab ihrer Geburt bis zum Schuleintritt ambulant und mobil/aufsuchend diagnostizieren, fördern und behandeln. Unerslässlich hierfür ist die Begleitung und Beratung der Eltern, der Familie und weiterer Bezugspersonen des Kindes.

Diese Leistungen werden – neben der erforderlichen räumlichen und sächlichen Ausstattung - gewährleistet durch entsprechend qualifiziertes Personal und die Qualität ihrer Zusammenarbeit.

Das *Team* einer Interdisziplinären Frühförderstelle besteht aus folgenden Berufsgruppen:

- Ärztinnen/ Ärzte (Kinderärzte, Neuropädiater, Kinder- und Jugendpsychiater),
- Pädagoginnen/Pädagogen (Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Heilpädagogen, Diplom-(Sonder)Pädagogen, sozialpädagogische Fachkräfte mit heilpädagogischer Zusatzausbildung, Motopäden, Lehrer für Sonder-/Behindertenpädagogik, Diplom-Rehabilitationspädagogen),
- Psychologinnen/Psychologen (Diplom-Psychologen),
- Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten (staatlich anerkannte Physiotherapeuten möglichst mit neurophysiologischer Zusatzausbildung),
- Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten (staatlich anerkannte Ergotherapeuten),
- Sprachtherapeutinnen/Sprachtherapeuten (Logopäden, Sprachbehindertenpädagogen, Sprachheillehrer, Diplom-(Sonder-/Behinderten)Pädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik, staatlich anerkannte

Sprachtherapeuten).

Anzustreben ist, dass Fachkräfte aller genannten Berufsgruppen fest in einer Interdisziplinären Frühförderstelle angestellt sind. Wo dies aufgrund regionaler oder anderer Gegebenheiten nicht möglich ist, sollte eine Interdisziplinäre Frühförderstelle mindestens aus drei festangestellten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern bestehen, wobei sowohl die pädagogisch-psychologische als auch medizinisch-therapeutische Berufsgruppe vertreten sein muss.

Für die Einbindung der nicht festangestellten Fachkräfte in das Team einer Interdisziplinären Frühförderstelle sind unterschiedliche *Modelle verbindlicher und vertraglich vereinbarter Kooperation* möglich.

- Kooperation mehrerer benachbarter Interdisziplinärer Frühförderstellen
- Kooperation einer oder mehrerer Interdisziplinärer Frühförderstellen mit einem Sozialpädiatrischen Zentrum
- Interdisziplinäre Frühförderstelle angebunden an ein Sozialpädiatrisches Zentrum
- Kooperation mehrerer Interdisziplinärer Frühförderstellen mit einem festen Pool von Kinderärzten und Therapeuten
- Kooperation mit dem öffentlichen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Kooperation mit einzelnen niedergelassenen Kinderärzten und Therapeuten.

In den *Kooperationsverträgen* muss – entsprechend dem jeweiligen Profil der Interdisziplinären Frühförderstelle – folgendes verbindlich geregelt sein:

- Modalitäten der praktischen Durchführung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Früherkennung und Frühdiagnostik,
- Modalitäten der Erarbeitung der Förder- und Behandlungspläne,
- Organisation der Umsetzung der Verlaufs- und Kontrolldiagnostik,
- Modalitäten der Dokumentation und wechselseitigen Information,
- Beteiligung an Teamsitzungen und Fallbesprechungen,
- Supervision und Fortbildung,
- Beteiligung an der Qualitätsentwicklung und Evaluation.
- Leistungen der Interdisziplinären Frühförderstellen als ‚Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung‘

In der ‚*Komplexleistung Früherkennung/Frühförderung*‘ werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die heilpädagogischen Leistungen konzeptionell integriert und organisatorisch zusammengeführt. Dies findet seinen Ausdruck in der interdisziplinären Diagnostik sowie in dem gemeinsam verantworteten und mit den Eltern des Kindes abgestimmten Förder- und Behandlungsplan und dessen praktischer Umsetzung.

Die Zusammenführung der Leistungen und deren fortlaufende fachliche und organisatorische Koordination ist eine über die Summe der Einzelleistungen hinausgehende besondere Leistung. Hieraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Leistungserbringer.

Anforderungen an die Leistungserbringung durch eine Interdisziplinäre Frühförderstelle

- Vorhaltung der personellen, räumlichen und sächlichen Ausstattung
- Sicherstellung der mobilen und/oder ambulanten Förderung und Behandlung des Kindes sowie der Begleitung der Eltern und Familie
- Durchführung regelmäßiger Team- und Fallbesprechungen
- Kooperation mit anderen das Kind betreffende Einrichtungen
- Mitwirkung beim Übergang des Kindes in eine andere Einrichtung (Kindertagesstätte, Schule, Krankenhaus ..)
- Leistungsdokumentation
- Übereinstimmung der Konzeption der Interdisziplinären Frühförderstelle mit den Zielen der zu erbringenden Leistungen und Anpassung an veränderte Standards
- Evaluation und Qualitätsentwicklung
- Personalentwicklung
- Öffentlichkeitsarbeit

Merkmale gut ausgestatteter Interdisziplinärer Frühförderstellen

Merkmals 1: Lebenswelt- und Familienorientierung

- Möglichkeit, direkt in der Wohnung der Familie zu arbeiten
- Option des Kennenlernens und der direkten Unterstützung aller Familienmitglieder, jedoch insbesondere der Hauptbezugspersonen

- Möglichkeit der frühest möglichen Begleitung des Kindes in seiner unmittelbaren Lebenswelt

Merkmal 2: Kontinuität

- Kontinuität der Begleitung des Kindes und seiner Familie (in jeweils erforderlicher Frequenz)
- damit Chance einer wirksamen Prozessdiagnostik

Merkmal 3: Flexibilität

- Flexibilität des Einsatzes: mobil in der Familie (mehrmals wöchentlich bis einmal monatlich), mobil in der Kindertagesstätte, ambulant in der Einrichtung (wohnnah)
- begleitend, gegebenenfalls andere Einrichtungen gemeinsam aufsuchend („Moderator-Funktion“)
- den Besonderheiten des Kindes und seiner Lebensbedingungen angepasste Kooperationsstrukturen

Merkmal 4: Regionalbezug

- Kenntnisse der und Kontakt mit den regionalen Gegebenheiten (Fachleute und Institutionen)
- Beweglichkeit der Planung
- Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Kooperationspartnern wie SPZs, anderen Fachgebieten der Kinderheilkunde, Fachkräften der spezialisierten (z.B. sinnesspezifischer) Frühförderung, der Sozial- und Jugendhilfe, Beratungsstellen usw.
- Vernetzung der Frühförderung mit der Familien- und sozialen Arbeit

Merkmal 5: Interdisziplinäre Kooperation

- Gut ausgebildete und professionell arbeitende Fachkräfte
- interdisziplinäre Teamarbeit in der Einrichtung
- im Rahmen der Flexibilität fallbezogene Zusammenarbeit mit unterschiedlich zusammengesetzten Teams

Merkmal 6: Räumliche und sächliche Ausstattung

- Räume und angemessene materiale Ausstattung für ambulante Förderung und Behandlung der Kinder einzeln und in Kleingruppen
- Räume und Einrichtungen für Elterngespräche und Teamsitzungen
- Fahrzeuge und Materialien für die mobile Förderung und Therapie
- Räume und materiale Ausstattung für eine differenzierte interdisziplinäre Diagnostik
- Ausstattung für angemessene fallbezogene Dokumentation
- Räume und Ausstattung für eine flexible Organisation und Kommunikation innerhalb der Einrichtung und nach außen

Merkmal 7: Niederschwelligkeit

- Offene Anlaufstelle: Interdisziplinäre Frühförderstelle hält offenes Beratungsangebot vor
- gute Anbindung an öffentlichen Nahverkehr und verkehrstechnische Erreichbarkeit
- ausreichende Parkmöglichkeiten
- nicht-stigmatisierendes Erscheinungsbild der Einrichtung und der Fahrzeuge
- geregelte Zugänglichkeit und Kontaktmöglichkeiten (Sprechzeiten, telefonische Erreichbarkeit usw.)
- Möglichkeit zu einem Erstgespräch mit einer kompetenten Fachkraft ohne Wartezeit und ohne vorangehende Formalitäten
- Öffentlichkeitsarbeit

Merkmal 8: Ökonomie und Transparenz der Organisation

- Ökonomische und klar erkennbare Verwaltungsabläufe
- klare Verteilung der Kompetenzen
- transparente Dokumentation
- wirtschaftliche Betriebsführung.

Auszug aus dem
DISKUSSIONSENTWURF
Gemeinsame Empfehlung
zur Früherkennung und Frühförderung
behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder
nach § 30 Abs. 3 SGB IX
(Gemeinsame Empfehlung „Früherkennung/Frühförderung“)

Stand: 16. September 2002

(Der vollständige Entwurf der Gemeinsamen Empfehlungen ist unter www.bvkm.de zu finden.)

3. Elemente der Komplexleistung „Früherkennung/Frühförderung“

Wesentliche Merkmale aller Leistungen der Früherkennung und Frühförderung sind Ganzheitlichkeit, Familien- und Lebensweltorientierung sowie die Beachtung der Ressourcen von Kind und Familie. Alle Elemente werden interdisziplinär und nahtlos in diesen Kontext eingebunden und sind darauf gerichtet, sowohl die Kompetenzen des Kindes zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als auch die Entwicklungskräfte der Familie zu erkennen, zu fördern und zu stärken. Diese gemeinsame Orientierung wird durch Informationsabgleich und Kooperationsstrukturen der an der Komplexleistung beteiligten Fachkräfte gewährleistet.

Die Förder- und Therapieleistungen werden in der Regel einzeln durchgeführt, können aber auch in der Gruppe angeboten werden.

3.1 Kindbezogene Leistungen

3.1.1 Früherkennung und Diagnostik

Früherkennung und Diagnostik

- sind als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik angelegt;
- umfassen alle Dimensionen der kindlichen Entwicklung;
- beinhalten die Beobachtung und Beurteilung der Kind-Eltern-Interaktion;
- sind handlungs- und alltagsorientiert und zielen auf die Teilhabe des Kindes in seiner realen Lebenswelt;
- werden erbracht in Abstimmung mit den Bezugspersonen des Kindes;
- bedienen sich normorientierter Verfahren, wie standardisierter Screenings, fachspezifischer Befunderhebung und klinisch-psychologischer Entwicklungstests zur Feststellung der Entwicklungsproblematik;
- bedienen sich förderdiagnostischer Verfahren einschließlich freier und hypothesengeleiteter Beobachtung des spontanen und reaktiven Verhaltens des Kindes;
- leisten die Integration der diagnostischen Einzelbeiträge und Befunde in eine systemische Gesamtschau und
- dienen als Grundlage für die Erstellung des Förder-/ Behandlungsplans.

Zur Diagnostik im Rahmen der Komplexleistung gehören je nach Bedarf:

a) die ärztliche Diagnostik

Sie umfasst im Einzelnen insbesondere:

- sozialpädiatrische, neuropädiatrische, psychiatrische und allgemein-pädiatrische Eingangs- und Begleitdiagnostik sowie die Indikationsstellung für weitere diagnostische Maßnahmen;
- Diagnostik durch Beobachtung des spontanen und reaktiven Verhaltens des Kindes als wesentliche Stütze der prozessorientierten Diagnostik und Differentialdiagnostik;
- Erhebung der biographischen Anamnese durch Gespräche mit Eltern und/oder anderen Bezugspersonen über die bisherige körperliche, motorische, perzeptuelle, kognitive,

- emotionale und psychosoziale Entwicklung und Gesundheit des Kindes;
- Einholung und Auswertung relevanter vorhandener medizinischer Befunde.

b) die medizinisch-therapeutische Diagnostik

Sie umfasst die ergo-, sprach- und physiotherapeutische Eingangs- und Begleitdiagnostik sowie die Erkundung der Lebenswelt des Kindes (einschließlich anamnestischer Aspekte) im Hinblick auf

- bewegungsförderliche Gesichtspunkte,
- seine kommunikativen Möglichkeiten und
- seine Alltagsaktivitäten und aktuellen Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten.

Dabei werden unter jeweils fachspezifischen Gesichtspunkten Wahrnehmung, Kommunikation und Interaktion des Kindes in seinem Umfeld berücksichtigt sowie sein Bedarf bzw. der Gebrauch vorhandener Hilfsmittel festgestellt:

- In der *Ergotherapie* insbesondere bezogen auf die Alltagsbewältigung mit Handlungskompetenz im motorisch-funktionellen, sensomotorisch-perzeptiven, neuropsychologisch-kognitiven und im psychosozialen Bereich.
- In der *Sprachtherapie* insbesondere bezogen auf die Bereiche: Stimme (incl. Atmung), Sprechen (incl. Hören), Sprachentwicklung expressiv und rezeptiv, Nahrungsaufnahme (incl. Schlucken).
- In der *Physiotherapie* insbesondere bezogen auf die Bewegungsentwicklung, auf das Bewegungssystem, die Sensorik, die Atmung und das Zentralnervensystem.

c) die psychologische Diagnostik

Sie besteht in der Erhebung und diagnostischen Einordnung spezieller Entwicklungsprobleme des Kindes. Im Einzelnen umfasst dies insbesondere:

- Erhebung der Anamnese unter Einschluss des familiären und sozialen Umfeldes;
- psychologische Entwicklungs- und Förderdiagnostik des frühen Kindesalters;
- neuropsychologische Diagnostik;
- klinisch-psychologische Diagnostik bei besonderen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten;
- Erhebung von Resilienzmerkmalen beim Kind (insbesondere bezogen auf seine Entwicklungskräfte).

d) die heilpädagogische Diagnostik

Die heil(sozial-/sonder-)pädagogische Diagnostik umfasst insbesondere:

- Erfassung anamnestischer Aspekte aus heilpädagogischer Sicht;
- Beobachtung des spontanen und reaktiven Bewegungshandelns des Kindes;
- Beobachtung des Spiel- und Interaktionsverhaltens des Kindes;
- Eingangs- und Verlaufsdiagnostik der Kommunikationsmöglichkeiten des Kindes;
- zielgeleitete Erkundung der Lebenswelt des Kindes im Hinblick auf die entwicklungsförderlichen Bedingungen;
- Beurteilung der Entwicklungskräfte des Kindes.

3.1.2 Förder- und Behandlungsplan

Förderung und Therapie sind handlungs- und alltagsorientiert; sie sind eingebettet in die Lebenswelt des Kindes. Sie finden in Zusammenarbeit mit der Familie und/oder wesentlichen Bezugspersonen des Kindes statt und werden auf der Grundlage des interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplans erbracht.

Der Förder- und Behandlungsplan ist Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik.

In diesem werden folgende Bereiche dokumentiert:

- Diagnosestellung nach ICD 10;
- relevante anamnestische Daten;
- wesentliche Befunde;
- Darstellung und Beurteilung von vorhandenen Funktionen und Ressourcen;
- Auflistung der nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Förder- und Behandlungsangebote für das Kind unter Einbeziehung seiner Bezugspersonen mit Angabe von
 - * Art,
 - * wöchentlicher Frequenz,
 - * Förder- und Behandlungszeitraum,
 - * erforderlichen Hilfen und Hilfsmitteln,
 - * Behandlungs-/ Förderort (Interdisziplinäre Frühförderstelle oder Sozialpädiatrisches Zentrum);
- Festlegung eines individuellen Gesamtzieles sowie individueller fachspezifischer Förder- und Behandlungsziele;
- Besonderheiten bei der Umsetzung des Förder- und Behandlungsplans.

Der individuelle Förder- und Behandlungsplan ist auf Grundlage der Dokumentation zu überprüfen und entsprechend anzupassen.

Ist nach dem Ergebnis der interdisziplinären Diagnostik zu diesem Zeitpunkt keine Komplexeleistung nach dieser Gemeinsamen Empfehlung erforderlich, wird dies in einem Bericht begründet, in dem auch die einzuleitenden Behandlungsmaßnahmen aufgeführt werden (z.B. Heilmittelverordnung über Vertragsarzt, Behandlung/Förderung in einer anderen Einrichtung). Ein entsprechender Bericht geht dem/der überweisenden Arzt/Ärztin auch zu, wenn keine weiteren Maßnahmen für erforderlich gehalten werden.

3.1.3 Förderung und Behandlung

Förderung und Behandlung im Rahmen der Komplexeleistung umfassen:

a) die ärztlichen Leistungen

Diese bestehen insbesondere aus:

- der ärztlichen Behandlung des Kindes,
- der Indikationsstellung für medizinisch-therapeutische Leistungen sowie deren Verlaufskontrolle,
- der Indikationsstellung für Hilfsmittel und Mitwirkung bei deren Anpassung,
- der Mitwirkung bei der Prävention möglicher Komplikationen und Sekundärschädigungen.

b) die medizinisch-therapeutischen Leistungen

Die medizinisch-therapeutischen Leistungen umfassen spezifische Behandlungsmethoden und Konzepte insbesondere in den folgenden Bereichen:

Ergotherapeutische Leistungen

Ergotherapeutische Aufgaben bestehen darin, Voraussetzungen für sensomotorische, emotionale und soziale Erfahrungen zu schaffen, die für die Entwicklung der Handlungskompetenz des Kindes zur Alltagsbewältigung förderlich sind. Im Einzelnen umfasst dies:

- ergotherapeutische Arbeit mit dem Kind unter besonderer Beachtung seiner Handlungskompetenzen und seiner Eigenaktivität in Spiel, Kooperation und Alltagstätigkeiten;
- Erarbeitung von Kompensationsmöglichkeiten bei funktionellen Beeinträchtigungen;
- Mitwirkung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Anpassung von Spiel- und Arbeitsmaterial sowie Gegenständen des täglichen Gebrauchs an die Handlungsmöglichkeiten des Kindes;
- Mitwirkung bei der Prävention möglicher Komplikationen und Sekundärschädigungen.

Sprachtherapeutische Leistungen

Sprachtherapeutische Aufgaben bestehen in der Unterstützung und Förderung von Kommunikationsbereitschaft und -kompetenz des Kindes sowie seiner Ausdrucksmöglichkeiten. Dabei ist es wesentlich, das Interesse des Kindes zu wecken, es zur vielfältigen Kommunikation zu ermutigen und dafür Sorge zu tragen, dass ihm hierzu in seiner Lebenswelt Gelegenheiten bereitstehen. Im Einzelnen umfasst dies:

- sprachtherapeutische Arbeit mit dem Kind, insbesondere auch sprachvorbereitende und sprachentwicklungsunterstützende Maßnahmen;
- funktionelle Hilfen für Atmung, Essen/Trinken sowie für Sprechatmung und Artikulation;
- Planung und Vermittlung lautspracheretzender und -begleitender Kommunikationshilfen (unterstützte Kommunikation);
- Erkennung und Beeinflussung von Kommunikationsbarrieren in der Lebenswelt des Kindes.

Physiotherapeutische Leistungen

Physiotherapeutische Aufgaben bestehen in der Förderung der motorischen Entwicklung des Kindes und in der Hilfe für die Familie, die Bewegungsmöglichkeiten des Kindes im Alltag zu erleichtern, zu nutzen und deren Variabilität zu unterstützen. Dabei ist es wesentlich, die motorische Eigenaktivität des Kindes als Zentrum seiner Handlungsfähigkeit und seiner Persönlichkeitsentwicklung zu erkennen, anzuregen und zu fördern. Im Einzelnen umfasst dies:

- physiotherapeutische Arbeit mit dem Kind;
- Maßnahmen zur Bewegungserleichterung, Atmungserleichterung und Schmerzvorbeugung und -linderung;
- Mitwirkung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, ggf. in Zusammenarbeit mit orthopädischen Fachkräften;
- Mitwirkung bei der Prävention möglicher Komplikationen und Sekundärschädigungen.

c) die psychologischen Leistungen

Diese bestehen insbesondere aus:

- psychologischer Behandlung des Kindes;

- Intervention bei Krisensituationen;
- ggf. Vermittlung von längerfristiger psychotherapeutischer Behandlung des Kindes;
- Vorbereitung der Entscheidung über die Einschulung des Kindes unter Einbeziehung der Eltern.

d) die heilpädagogischen Leistungen

Pädagogische Aufgaben, die von heil-, sozial- und sonderpädagogischen Fachkräften wahrgenommen werden, bestehen darin, die Entwicklung des Kindes und Entfaltung seiner Persönlichkeit mit pädagogischen Mitteln anzuregen.

Im Einzelnen umfasst dies insbesondere:

sozial, heil- und sonderpädagogische Arbeit mit dem Kind;

- Förderpflege und basale Aktivierung;
- spezielle Maßnahmen der Sinnesschulung;
- heilpädagogische Spiel- und Kompetenzförderung;
- Einsatz und Hilfen für die Aneignung spezieller Kommunikationsmittel und –methoden (Gebärdensprache, gebärdenspracheunterstützte Kommunikation, unterstützte Kommunikation);
- psychomotorische Entwicklungsförderung;
- Vermeidung von speziellen Entwicklungsrisiken in der Lebenswelt des Kindes;
- Vorbereitung des Kindes auf die Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung oder Schule.

3.2 Familienbezogene Leistungen

Qualitätsmerkmal der Komplexleistung „Früherkennung/Frühförderung“ ist, alle Angebote für das Kind mit den Angeboten der Beratung und kooperativen Begleitung der Familie (Eltern, Geschwister und/oder andere Bezugspersonen) konzeptionell zu verbinden. Die Eltern/Bezugspersonen bringen sich hierbei aktiv in das Geschehen ein.

Bestandteil der familienbezogenen Leistungen sind

- das Erstgespräch;
- anamnestiche Gespräche mit Eltern und anderen Bezugspersonen;
- die Vermittlung der Diagnose;
- Erörterung und Beratung des Förder- und Behandlungsplans;
- Austausch über den Entwicklungs- und Förderprozess des Kindes einschließlich Verhaltens- und Beziehungsfragen;
- Anleitung und Hilfe bei der Gestaltung des Alltags;
- Anleitung zur Einbeziehung in Förderung und Behandlung;
- Hilfen zur Unterstützung der Bezugspersonen bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung;
- Vermittlung von weiteren Hilfs- und Beratungsangeboten.

3.3 Anforderungen an die Leistungserbringung

Die folgenden Anforderungen an die Leistungserbringung sind unabdingbar zur Durchführung der Komplexleistung:

- Übereinstimmung der Konzeption der Einrichtung mit den Zielen der zu erbringenden Leistungen und Anpassung an veränderte Standards;
- Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung;
- Durchführung regelmäßiger interdisziplinärer Team- und Fallbesprechungen, an denen auch die im Wege einer Kooperation eingebundenen Mitarbeiter, die nicht in der Einrichtung beschäftigt sind, zu beteiligen sind;
- Leistungsdokumentation;
- Kooperation mit betreuenden Einrichtungen;
- Mitwirkung beim Übergang in eine andere Einrichtung einschließlich Vermittlung an andere Fachkräfte;
- Vorhaltung eines offenen Beratungsangebotes (Erstberatung) durch Interdisziplinäre Frühförderstellen für Eltern und andere vertretungsberechtigte Bezugspersonen, die ein Entwicklungsrisiko eines Kindes vermuten;
- Sicherstellung der mobilen Förderung und Behandlung durch Interdisziplinäre Frühförderstellen.

„Bitte nicht stören“

Für einen selbstbestimmten Umgang mit Schwangerschaft

Eine Aktion zu den Auswirkungen vorgeburtlicher Untersuchungen

Schwangerschaft ist keine Krankheit sondern vor allem eine Zeit der guten Hoffnung. Die meisten Kinder kommen gesund zur Welt. Dennoch steht in der üblichen Schwangerenvorsorge das „Risiko“ im Vordergrund. Schwangeren Frauen wird eine immer größere Palette an vorgeburtlichen Untersuchungen und Tests, vor allem zur Suche nach möglichen Behinderungen und Beeinträchtigungen angeboten. Diese sollen ihnen Informationen an die Hand geben, über Fortsetzen oder Abbrechen der Schwangerschaft zu entscheiden: denn eine Therapie nach auffälligen Befunden gibt es nur in Ausnahmefällen. Die Auswirkungen vorgeburtlicher Diagnostik werden vielfach, auch von Mediziner/innen, kritisiert; dennoch werden Screenings in der frühen Schwangerschaft zur Zeit offensiv auf den Markt gebracht. Mit dem Versprechen „Sie wollen Sicherheit – ein neuer Test gibt sie Ihnen“ werden sie als selbst zu zahlende Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten. Die Risiken und negativen Auswirkungen der Untersuchungen und der kontrollierende Blick auf das Ungeborene stören und verhindern, dass eine unbeschwerte Schwangerschaft möglich ist. Die Aktion will zur guten Hoffnung, zum Wachsen-lassen ermutigen und dazu, einen selbstbestimmten Umgang mit Schwangerschaft zu finden.

Schwangerschaft ist ein natürlicher Prozess, der Veränderungen mit sich bringt, zu dem Freude, aber auch Unsicherheiten gehören. Frauen hatten zu allen Zeiten das Vermögen und die Fähigkeiten, diese Lebensphase zu gestalten und zu bewältigen. Sie tun dies mit ihrem Herzen, ihrem Verstand, und ihrem Körper. So verstanden sind Frauen die Expertinnen fürs Kinderkriegen. Ihr Erleben und Empfinden des Schwanger-Seins, ihre Lebenserfahrung, ihre Intuition, ihr Sachwissen und ihre Offenheit und Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen machen sie dazu. Wir möchten Frauen unterstützen, ihre Kompetenzen zu nutzen und darüber hinaus zu entdecken, was sie in der Schwangerschaft brauchen, und sich nicht damit zufrieden zu geben, was das Selbstverständliche, Übliche ist, was „man“ macht.

Schwangerenvorsorge will Frauen Sicherheit geben und sie beruhigen, dass „alles in Ordnung ist“. Behinderung ist dabei zum Symbol für Bedrohung und Ängste in der Schwangerschaft überhaupt geworden. In die Spirale

von Angst vor Behinderung und deren Abwehr durch medizinische Kontrolle werden schwangere Frauen, ihre Partner/innen, aber auch Mediziner/innen hineingezogen. Die Unsicherheiten schwangerer Frauen beziehen sich bei genauer Betrachtung aber auf soziale Ängste: „Auf wen kann ich mich verlassen, auch wenn mal nicht alles gut geht?“ „Wie wird unsere Beziehung sein?“ „Was kommt auf mich zu und was kann ich schaffen?“ So wird es wichtig, sich der Solidarität und Zuwendung des Partners, von Freundinnen, Freunden, Verwandten, aber auch Hebammen und Ärzten/Ärztinnen zu vergewissern.

Beraterinnen, Hebammen, ÄrztInnen, Geburtsvorbereiterinnen, Menschen aus der Selbsthilfe erleben täglich die Auswirkungen vorgeburtlicher Untersuchungen und Tests auf alle Beteiligten.

Aktionen

Die Aktionen sprechen Frauen auf vielfältige Art und Weise an: durch Wohlfühlangebote wie z.B. Badetag und Bodypainting, durch Filme, Ausstellungen, Vorträge und Informationsveranstaltungen. Eine breite Öffentlichkeitsarbeit begleitet die Aktion.

Von September 2003 bis April 2004 bieten unterschiedliche Gruppen in 14 Städten dazu eine Vielfalt von Veranstaltungen an.

Bremen: September 2003 – Cara Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik in Kooperation mit Bremer Hebammen

Göttingen: September/ Oktober 2003 – Regionalgruppe des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik

München: September /Oktober 2003 – Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein in Kooperation mit dem Landesverband für Körper- und Mehrbachbehinderte e.V.

Erfurt: Oktober 2003 – Stadtmission Erfurt

Frankfurt: März/April 2004 – Frauengesundheitszentrum

Die **Regionalgruppe NRW** organisiert die Aktion in Bonn, Essen, Mühlheim, Duisburg, Dortmund, Kreis Wesel, Neuwied, Geldern und Herzogenrath März/April 2004.

Informationen unter: www.netzwerk-praenataldiagnostik.de

„Bitte nicht stören“ wird koordiniert von der Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin
Grooe Johannisstraße 110
28199 Bremen

Tel: 0421/5978480 Fax: 0421/5978481

„Bitte nicht stören“ wird gefördert mit Mitteln der Aktion Mensch. Sie schließt sich an die 1000Fragen Kampagne der Aktion Mensch an.

Margaretha Kurmann

Neue Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“

Am 5. Mai hat sich die Kommission konstituiert. Sie besteht aus 13 Mitgliedern des Deutschen Bundestages sowie 13 Sachverständigen.

Abgeordnete

(Beruflicher Hintergrund lt. Kürschners Volkshandbuch „Deutscher Bundestag“)

SPD-Fraktion

Sabine Bätzing (geb. 1975) Diplomverwaltungswirtin
Hilde Mattheis (1954) Lehrerin
Dr. Carola Reimann (1967) Biotechnologin
Rene Röspel (1964) Diplombiologe
Christoph Strässer (1949) Jurist
Dr. Wolfgang Wodarg (1947) Arzt

CDU/CSU-Fraktion

Hubert Hüppe (1956) Diplomverwaltungswirt
Julia Klöckner (1972) Journalistin
Barbara Lanzinger (1954) Sozialpädagogin
Thomas Rachel (1962) Politikwissenschaftler
Andrea Astrid Voßhoff (1958) Juristin

Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen

Christa Nickels (1952) Fachkrankenschwester

Fraktion der FDP

Detlef Parr (1942) Realschulrektor

Sachverständige

Für die SPD

PD Dr. Marion Albers, Verfassungsrechtlerin
Prof. Dr. Linus Geisler, Mediziner
Dr. Sigrid Graumann, Biologin, Ethikerin
Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe
Dr. Michael Wunder, Psychologe

Für die CDU/CSU

Rainer Bechmann, Richter
Prof. Dr. Bärbel Friedrich, Mikrobiologin, Vizepräsidentin der DF
Prof. Dr. Wilfried Härle, Theologe
Prof. Dr. Eberhard Klaschik, Palliativmediziner
Prof. Dr. Johannes Reiter, Theologe

Für Bündnis 90/ Die Grünen

Prof. Dr. Dietmar Mieth, Theologe

Ulrike Riedel, Journalistin

Für die FDP

Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig, Rechtswissenschaftler

Vorsitzender der Enquete-Kommission: Rene Röspel

Stellvertretender Vorsitzender: Hubert Hüppe

Mit folgenden Schwerpunktthemen wird sich die Kommission beschäftigen:

- Menschenwürdig leben bis zuletzt (Sterbehilfe, Sterbegleitung, Palliativmedizin, Patientenverfügung),
- Neueste Entwicklungen in den Biowissenschaften (z.B. bei der Stammzellforschung, aber auch der Pflanzen-genomik),
- Transplantationsmedizin (Xenotransplantation, Lebendspende),
- Ethik in der klinischen Forschung (z.B. Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen).

Hilfsmittel gesucht

Klinik in Serbien braucht dringend Sachspenden

Das Reha-Zentrum Dr. Miroslav Zotovic in Belgrad, in dem hauptsächlich behinderte Kinder, Jugendliche und Menschen aller Altersgruppen und mit verschiedenen Arten von Behinderungen untergebracht sind, benötigt dringend Sachspenden, vor allem Rollstühle. Die dort größtenteils seit dem Krieg lebenden Menschen haben kein eigenes zu Hause mehr und sind auf die Hilfe von Außenstehenden angewiesen. Insbesondere wünschen Sie sich die Gründung eines Basketball-Clubs. Dieses Vorhaben kann aber nur gelingen, wenn ausreichend Rollstühle vorhanden sind.

Die Düsseldorfer Spedition Nikolic ist bereit die Hilfsmittel auf eigene Kosten persönlich nach Belgrad zu bringen.

Kontakt: Bundesverband

Tel: 0211/64004-0

Fax: 0211/64004-20

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Mit dem SGB IX Änderungsgesetz vom 3.04.03 wurden die Zulassungsbedingungen für Heilmittelerbringer verändert. Bisher waren zwei Jahre Berufserfahrung als Physio-, ErgotherapeutIn oder LogopädIn notwendig, um eine eigene Kassenzulassung zu erhalten. Diese Voraussetzung muss nach Änderung des § 124 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht mehr erfüllt werden.

RegionalPartner gesucht

für www.familienratgeber.de

Mit der vollständigen Überarbeitung von www.familienratgeber.de ging im Mai 2003 die erste trägerübergreifende Informationsplattform über alle regionalen Angebote der Behindertenhilfe und-selbsthilfe ins Netz!

Es ist ein stets aktuelles Informationssystem, welches bei vielen Fragen der Alltagsorganisation und -bewältigung weiterhilft. Im Mittelpunkt steht eine regional gepflegte, umfangreiche Adressdatenbank.

Damit das Projekt ein Erfolg für Alle, vor allem für die Hilfe- und Ratsuchenden Familien wird, werden dringend weitere RegionalPartner für die Mitgestaltung des Info-Pools gesucht. Örtliche Vereine und Verbände der Behindertenhilfe und Selbsthilfe, Einrichtungen und Dienste oder die öffentliche Verwaltung sind als neue Regional-Partner nicht nur herzlich willkommen, sondern werden von der Aktion Mensch begleitet und durch Informationsmaterialien und die Möglichkeit einer finanziellen Förderung in ihrer Arbeit unterstützt. Hinweise zum Konzept und Aufbau eines regionalen Datennetzwerks erhalten Sie beim Bundesverband und bei der Aktion Mensch.

Mit der folgenden Fax-Rückantwort können Sie Ihre Wünsche direkt an die Aktion Mensch übermitteln.

„Verschieden ist normal“ -

Ein Autorenwettbewerb

Elbe-Werkstätten in Harnburg suchen Geschichten und Berichte zum Thema „Behinderung“

„Verschieden ist normal“ - so ist ein Autorenwettbewerb für Menschen mit und ohne Behinderungen überschrieben. Wer selbst mit einer Behinderung lebt oder wer in Kontakt mit behinderten Menschen ist, der lernt seine Umwelt und seine „normalen“ Zeitgenossen oft auf ganz besondere Weise kennen. Darüber dürfte es eine Menge Geschichten geben. Erlebte und erdachte, nachdenkliche, traurige oder amüsante. Berichte über Beobachtungen, positive Erfahrungen, Liebesgeschichten, Träume und Hoffnungen. Die Elbe-Werkstätten in Hamburg ermuntern alle, die sich als Autoren versuchen wollen: „Schreiben Sie Ihre Geschichte auf. Berichten und schildern Sie. Es ist gar nicht so schwierig.“ Gemeinsam mit der Hamburger Sozialbehörde, dem Autorendienstleister „Books on Demand“ und dem Hamburger Abendblatt ist die Werkstatt der Ausrichter dieses spannenden Wettbewerbs. Eine Jury ermittelt die besten Einsendungen und fasst sie in einem Buch zusammen. Es wird im Dezember mit den preisgekrönten Autoren im Rahmen der Abschlussveranstaltung zum „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderung“ im Hamburger Rathaus vorgestellt und ist über den Buchhandel und im Internet zu bestellen. 11

Teilnahmebedingungen: Das (unveröffentlichte) Manuskript von maximal 15 Seiten sollte bis zum 15. September mit einer Kurzbiographie und einem Foto geschickt werden an:

Elbe-Werkstätten, Stichwort Autorenwettbewerb,
Nymphenweg 22, 21077 Hamburg;

Telefon: 040/760 190.

Infos: www.ew-gmbh.de oder www.bod.de

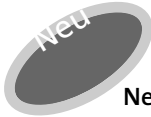
Quelle: Elbe-Werkstätten, Hamburg

Umfrage

Um ein bessere Information über das Angebot der Freizeit- und Begegnungsstätten unserer Mitgliedsorganisationen bieten zu können, wollen wie eine Faltblatt herausgeben. Dazu benötigen wir genaue und aktuelle Angaben. Bitte faxen Sie das Formular auf den nachfolgende Seiten ausgefüllt an:

Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. 0211/64004-20

Bücher



Kinder mit cerebralen Bewegungstörungen V Neue Wege in Förderung und Therapie

Beiträge von M. Aly, U. Büker, U. Haupt, J. Kühl, H.G. Schlack, P. Zinke-Wolter, verlag selbstbestimmtes leben, Düsseldorf 2003, 58 S., ISBN 3-910095-52-6, Bestell.-Nr. 52, Euro 3,50 (Nichtmitgl.), Euro 2,50 (Mitgl.)

Psychologische, medizinische und pädagogische Forschungen haben das Bild des Kindes gewandelt. Es wird nicht länger als ein Reflexwesen betrachtet, das nur auf seine Umwelt reagiert. Von Beginn an sucht das Kind aktiv nach Kontakt und Austausch mit der Umwelt. Therapie und Förderung versuchen, die Autonomie des Kindes zu fördern. Statt zu be-handeln, handeln sie in einem wechselseitigen Dialog gemeinsam mit dem Kind. Die Beiträge dieses Heftes spiegeln das neue Verständnis wider und wollen Eltern, Therapeuten und Pädagogen ermutigen, sich auf den Weg in eine Partnerschaft mit dem Kind zu begeben.

Ulrike Riedel: „Kind als Schaden“ – Die höchstrichterliche Rechtsprechung zur Arzthaftung für den Kindesunterhalt bei unerwünschter Geburt eines gesunden, kranken oder behinderten Kindes, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag, 160 Seiten, 14,90 EURO, ISBN 3-935964-13-7

Das Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft hat die Medizinrechtsexpertin Ulrike Riedel damit beauftragt, die höchstrichterliche Rechtsprechung der vergangenen Jahre zur Arzthaftung bei unerwünschter Geburt eines gesunden, kranken oder behinderten Kindes zu untersuchen. Die Autorin hat die Hintergründe der komplexen Materie präzise und verständlich dargestellt; ihr Buch richtet sich vor allem an interessierte Laien. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass es sich lohnt, die rechtliche Thematik auch im Hinblick auf ihre gesellschaftlichen Folgen sorgfältig und gründlich zu beleuchten. Das Buch macht deutlich, dass Ärzte keineswegs verpflichtet sind, Paare zur Pränataldiagnostik zu drängen oder sogar zu einem Abbruch der Schwangerschaft zu raten.

Friese Fastie (Hrsg.): Opferschutz im Strafverfahren, Sozialpädagogische Prozessbegleitung bei Sexualdelikten – Ein interdisziplinäres Handbuch, Leverkusen, Verlag Leske + Buderich, 408 Seiten, 22,80 EURO, ISBN 3-8100-3407-X

Das in drei Bereiche gegliederte Handbuch beschreibt Abläufe, Handlungsspielräume und Grenzen im Strafverfahren aus Sicht aller beteiligten Berufsgruppen. Im Mittelpunkt steht der institutionelle Umgang mit Verletzten von Sexualdelikten und deren Recht auf Schutz und angemessene Betreuung während des Verfahrens. Neben der sozialpädagogischen Prozessbegleitung verletzter Zeuginnen und Zeugen im Rahmen der Jugendhilfe werden strafprozessuale Normen sowie bestehende Zusammenhänge interdisziplinärer Zusammenarbeit diskutiert und dargestellt. Ein Kapitel ist speziell der Situation verletzter Zeuginnen und Zeugen mit Behinderungen gewidmet.

Broschüren



informieren - aufklären - beraten

Dokumentation der Kursreihe „Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik“

Margaretha Kurmann; Arbeitsstelle Pränataldiagnostik/Reproduktionsmedizin beim Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (Hrsg), Düsseldorf 2003 ISBN 3-910095-53-4, 10,00 Euro

Die Broschüre gibt wichtige Handreichungen für die Fort- und Weiterbildung von BeraterInnen in der Pränataldiagnostik. Im ersten Teil wird die Konzeption der Kursreihe und ihre Themenschwerpunkte vorgestellt. Ebenso fließen die Erfahrungen aus der praktischen Durchführung mit ein. Exemplarische Unterrichtsmaterialien und ausführliche Literaturhinweise und Adressen im zweiten Teil runden die praxisnahe Darstellung ab.

Albrecht Brühl, Albert Hofmann: Leitfaden Grundsicherung, Frankfurt 2003, Fachhochschulverlag, Kleiststr. 31, 60318 Frankfurt am Main, 64 Seiten 4,50 EURO, ISBN 3-936065-01-2

Die Autoren hatten im Jahre 2002 bereits eine sehr ausführliche Informationsbroschüre über die Grundsicherung veröffentlicht. Die nun vorgelegte Broschüre ist etwas kürzer gefasst und informiert in gut verständlicher Weise über die Grundsicherungsleistung, die Anrechnung von Einkommen und Vermögen sowie das Verfahren. Im Anhang der Broschüre wird der Gesetzestext des Grundsicherungsgesetzes wiedergegeben.

Sozialverband VdK Deutschland (Hrsg.): Leitfaden „Barrierefreiheit im ÖPNV“, Sozialverband VdK Deutschland, Wurzerstr. 4a, 53175 Bonn, 61 Seiten, 3,00 EURO zzgl. Versandkosten

Das im Mai 2002 in Kraft getretene Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) steht für die Herstellung der Barrierefreiheit in allen wichtigen Lebensbereichen. Vor diesem Hintergrund hat der Sozialverband VdK Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Institut für barrierefreie Gestaltung und Mobilität (IbGM) einen Leitfaden zur barrierefreien Gestaltung des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) herausgebracht. Der Leitfaden vermittelt notwendige Kenntnisse über relevante Vorgaben des BGG und die Struktur des ÖPNV in Deutschland sowie Argumentationshilfen gegenüber Aufgabenträgern und Verkehrsunternehmen. Er soll als „roter Faden“ der Orientierung dienen, um bestehende Einflussmöglichkeiten wirkungsvoll nutzen zu können.

Jahresversammlung

2003

5.-7. September 2003

Motto: „Tänze und Zirkuswelten als Ausdruck verschiedener Kulturen“

Ort: Jugendgästehaus in Bielefeld.

Während der Jahresversammlung habt Ihr wieder die Wahl zwischen verschiedenen Workshops:

- Workshop 1 Freies Tanzen Monika Heinnrichs
- Workshop 2 Zirkuswelten, Ulrich Siegmann und Co
- Workshop 3 „Line-Dance“, Jürgen und Petra Becker u.a.

Auch in diesem Jahr wird wieder eine neue Bundesvertretung der Clubs und Gruppen gewählt!

Ganz wichtig: Es gibt einige Änderungen in der Wahlordnung. Dazu zählt u.a., dass jeder Verein/Club nur noch einen Kandidaten zur Wahl aufstellen darf. Auch wird die neue Bundesvertretung nur noch aus 5 Mitgliedern bestehen. Für Fragen zur Wahl wendet auch bitte an den Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte, Marcus Hülsen Telefon: 02 11/6 40 04-17.

Wichtig: Nur schriftliche Bewerbungen können berücksichtigt werden. Unterlagen können beim Bundesverband angefordert werden.

Ihr seid neugierig geworden und an der Jahresversammlung 2003, im „Jahr der Menschen mit Behinderung“ interessiert? Dann wendet auch an Marcus Hülsen (Telefon: 02 11/6 40 04-17). Der Preis für die Jahresversammlung beträgt: 50€ für Mitglieder, 25€ für Begleitpersonen.

Ethik und Behinderung - Ein Perspektivenwechsel

**Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft
(IMEW)**

Internationale Tagung in Berlin - Bundespräsident hat Teilnahme zugesagt

5. und 6. Dezember 2003

Menschen mit Behinderung sind in hohem Maße von den Folgen der Biomedizin betroffen. Dadurch erhält das Verhältnis von Ethik und Behinderung einen besonderen Stellenwert und verlangt mehr Aufmerksamkeit. Eine internationale Tagung in Berlin am 5. und 6. Dezember will dem im „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen“ Rechnung tragen. Sie hat den Titel „Differenz anerkennen. Ethik und Behinderung - ein Perspektivenwechsel“ und wird vom Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW), der Bundesvereinigung Lebenshilfe und der Katholischen Akademie Berlin veranstaltet.

Es geht um ethische Fragen, die sich auf die Wahrnehmung behinderter Menschen und den Umgang mit ihnen vor dem Hintergrund der modernen Medizin beziehen. Einerseits verspricht die Biomedizin die Heilung zahlreicher Krankheiten. Andererseits wird durch sie das Lebensrecht behinderter Menschen in Frage gestellt. So wird die Pränataldiagnostik zunehmend zur Selektion behinderten Lebens genutzt.

Themenschwerpunkte der Tagungs-Foren sind: „Menschenbild und Ethik der Biomedizin“, „Modelle von Behinderung“, „Normierung und Normalisierung“ und „Neue ethische Ansätze für den Umgang mit Behinderung“. Die Arbeitsgruppen beschäftigen sich übergeordnet mit ethischen Fragen von biomedizinischen Verfahren und ethischen Fragen des kulturellen Wandels. Eine Auswahl der Arbeitsgruppen-Titel: Biomedizin und Menschen mit Lernschwierigkeiten (in einfacher Sprache), Pränataldiagnostik, Präimplantationsdiagnostik und Selbstbestimmung, „Designer-Babies“ und die Zukunft der Eltern-Kind-Beziehung, Humangenomprojekt und Gendiagnostik, Diskriminierung und Behinderung, Gibt es ein Recht auf Verschiedenheit?, Grenzen der Kommunikation - Grenzen der Moral?

Mehr Informationen zum Inhalt der Tagung und den Anmeldebedingungen sind beim Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Warschauerstraße 58 a, 10243 Berlin, erhältlich.

Kontakt: Roland Kipke, Telefon 030/293817-77,

E-Mail kipke@imew.de.

Infos im Internet: www.differenz-erkennen.de (Anmeldung für die Tagung ist online möglich.)

Wir bestimmen - tatsächlich?!?!

Fachtagung für Menschen mit Behinderungen, die als Interessenvertreter in Heimbeiräten oder als Wohngruppensprecher tätig sind oder diese unterstützen

20. und 21. Nov. 2003 in Hamburg

Die Mitbestimmung in Wohngruppen und Wohnstätten durch Heimbeiräte und Wohngruppensprecher ist kein neues Thema. Seit vielen Jahren gibt es Heimbeiräte und es liegen Erfahrungen vor. -

Aber: Seit einem Jahr gibt es neue Gesetze, die die Möglichkeiten der Mitwirkung und Mitbestimmung verbessern. Die neue Heimmitwirkungsverordnung von 2002 hat verbesserte Regelungen geschaffen,

Und dann: Was auf dem Papier steht ist das eine. Wie sieht denn die Wirklichkeit aus? Wie wird Mitbestimmung und Mitwirkung unter dem großen Motto „Nicht über uns ohne uns“ gelebt und praktiziert? Wer bestimmt wie über wen? Wie sind die rechtlichen Regelungen zu verstehen? Was halten Mitarbeiter von Mitbestimmung? Wie ist das Interesse von Bewohnern zur Mitarbeit im Heimbeirat? Wie unterstützen die Heimaufsichten den Heimbeirat?

Also: Gleichstellung durchsetzen, Selbstbestimmung ermöglichen und Teilhabe verwirklichen lauten aus deutscher Sicht die zentralen Botschaften für das EJMB. Wili-kommener Anlass daher, um über Mitwirkung und Mitbestimmung in Einrichtungen der Behindertenhilfe auch überregional zu sprechen. Auf einer bundesweiten Tagung wollen wir uns darüber austauschen, was die neuen Verordnungen bedeuten und wie die Heimbeiratsarbeit tatsächlich im Alltag abläuft.

Eine Fachtagung, bei der nicht Fachleute über Teilhabe von Menschen mit Behinderungen reden, sondern die Betroffenen selbst.

Zielsetzung ist es daher, die Teilnehmer zu stärken, um bestehende Mitwirkungsrechte verbessert nutzen zu können und um Forderungen zur Verbesserung der Mitbestimmung zu formulieren.

Neben Darstellungen und Berichten in einem Großen Saal (Plenum) finden Arbeitsgruppen statt, in denen wir uns intensiver insbesondere mit folgenden Themen befassen werden wie:

Was hat die neue Heimmitwirkungsordnung uns gebracht?
Wie leite ich eine Sitzung?

Zusammenarbeit Heimbeirat-Heimaufsicht-Träger
Rechte und Pflichten von Heimbeiräten
Rolle von Unterstützern in der Arbeit
Leichte Sprache - was ist das, wie geht das?

Zielgruppe: Menschen mit Behinderungen, die als Heimbeiräte, Interessenvertreter und Wohngruppensprecher arbeiten oder arbeiten wollen, Unterstützer von Heimbeiräten und Wohngruppensprecher sowie (in begrenzter Anzahl!) weitere an dem Thema interessierte.

Tagungsort: Berufsförderungswerk Hamburg August Krogmann- Str. 52,

22159 Hamburg-Farmsen

Tagungsbeitrag: 30 Euro incl. Verpflegung und Tagungsmappe

Information: Evelyn Schön

Tel: 040 2272 27 110

E-mail: e.schoen@vfb.net

Verein für Behindertenhilfe e.V.

Holzdamms 53

20099 Hamburg

Fachtagung Lebens-Übergänge Wagen - Entwickeln - Verändern

14. /15. November 2003 in Mössingen

Lebensübergänge sind für die weitere Entwicklung eines Menschen sowohl Risiko als auch Chance. Welche persönlichen Ressourcen benötigt man, um mögliche Krisen bewältigen zu können, welche gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen wären wünschenswert ?

Unter dem offenen Titel „Lebens-Übergänge Wagen - Entwickeln - Verändern“ sucht die Fachtagung der Körperbehindertenförderung Neckar Alb (KBF) in Vorträgen und Workshops interdisziplinäre Antworten auf diese Fragen. Nach den Erfahrungen der letzten Tagungen wird mit ca. 600 Teilnehmerinnen gerechnet.

Referentinnen u.a.: Prof. Dr. Heiner Keupp, München, Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg; Prof. Dr. Christoph Leyendecker, Dortmund; Prof. Dr. Franz Schönberger, Freiburg, Prof. Dr. Rainer Treptow, Tübingen.

Ein ausführliches Programm der Fachtagung kann ab dem 15. September 2003 angefordert werden:

Tagungsorganisation:

KBF- Körperbehindertenförderung Neckar-Alb e.V.,
Annette Blunck, In Rosenbenz 12, 72116 Mössingen,

Fon 07473-377 127, Fax 07473-377 130,

E-Mail: Blunck@KBF.de, www.KBF.de

Forum

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

16. bis zum 18. September 2003 in Hamburg
Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts-, pflege (BGW) spricht mit dieser Veranstaltung im diesjährigen „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen“ alle an, die sich für ein gesünderes Arbeitsumfeld engagieren: Betroffene, Unternehmer, Führungskräfte, Mitarbeiter und Multiplikatoren erhalten die Möglichkeit zu Information, Austausch und fundierter Weiterbildung. Ziel ist die praktische Umsetzung im Berufsalltag.

bgwforum 2003 - Termin und Tagungsort: 16. - 18. September 2003, Radisson SAS Hotel, Hamburg

Information, Programmheft und Online-Anmeldung:
Telefon (040) 20 20 7-78 98, Telefax (04109) 25 08 21,
E-Mail: bgwforum@bgw-online.de oder online:
www.bgw-online.de.

Menschen mit und ohne Behinderung reden über das Recht auf Teilhabe

18. bis 20. September 2003 Dortmund
„Wir wollen mehr als nur dabei sein! Menschen mit Behinderung und ihr Recht auf Teilhabe“ - so lautet der Titel des Kongresses, den die Bundesvereinigung Lebenshilfe vom 18. bis 20. September 2003 für Menschen mit und ohne Behinderung zusammen mit der Universität Dortmund veranstaltet. Jetzt liegt das Programm mit rund 120 Einzelveranstaltungen vor.

Sie alle zusammen spiegeln die Ziele des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderung wider: „Teilhabe verwirklichen! Gleichstellung durchsetzen! Selbstbestimmung ermöglichen!“ Gefördert wird der Kongress unter anderem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, von der Europäischen Union und der Aktion Mensch. Die Schirmherrschaft hat Bundestagspräsident Wolfgang Thierse übernommen

Folgende Themenbereiche werden bearbeitet:
Politik und Bürger
Mitbestimmung in Verbänden und Selbsthilfegruppen
Teilhabe im Alltag
Lebensgeschichten
Neben dem Arbeitsprogramm gibt es Gelegenheit zu Begegnungen und Gesprächen, zu Erkundungen der Stadt Dortmund sowie gemeinsamem Feiern.
Übrigens: Zum Kongressfest mit dem „Meister Gulido Horn und der Lebenshilfe-Band Tabuwta am 19. September sind Gäste aus der Umgebung herzlich eingeladen.

Das Kongressprogramm ist zu bestellen bei der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Raiffeisenstraße 18, 35043 Marburg, Telefon 06421 /491-1 16, Fax - 616, E-Mail: vertrieb@lebenshilfe.de. Weitere Informationen im Internet unter www.lebenshilfe.de

Lebenswelten älterer behinderter Menschen

2.-3-September 2003, Frankfurt/Main
Angesichts der demographischen Entwicklung und der Tatsache, dass durch die NS-Diktatur nahezu eine ganze Generation behinderter Menschen ausgelöscht wurde, stellt sich für viele Träger der Behindertenhilfe erst heute das Problem der Eingliederung älterer meist seit ihrer Geburt oder frühen Kindheit behinderter Menschen. Mit der Veranstaltung richtet sich der PARITÄTISCHE Gesamtverband an Vertreterinnen und Vertreter von Einrichtungsträgern und Behindertenverbänden mit dem Ziel, fachliche und konzeptionelle Fragen zur Teilhabe älterer Menschen mit Behinderungen zu vermitteln und weiter zu entwickeln. Schwerpunkt der Tagung soll eine Darstellung der bereits existierenden Modellprojekte und Konzepte sein.

Tagungsort:
Haus der Parität
Heinrich-Hoffmann-Str.3
60528 Frankfurt
Kostenbeitrag: Euro 40

Information und Anmeldung:
Paritätische Bundesakademie
Heidemarie Dreyer-Weik
Tel: 030/280495-104
Fax: 030/280495-29
E-mail: dreyer-weik@akademie.org

Leben pur

Was bedeuten Schlaf, Ernährung, Pflege und Kommunikation für das Leben von Menschen mit schwersten Behinderungen und Lebensbeschränkungen?

Internationale Fachtagung im Rahmen des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen 2003

31.10.-1.11.2003

Die Tagung „Leben pur“ des Landesverbandes Bayern für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. möchte das Leben, die Lebensqualität und den Familienalltag von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen in den Mittelpunkt stellen: Fragen des Schlafes, der Ernährung, der Körperpflege und der Kommunikation. Wissenschaft und Forschung haben auf diesen Gebieten in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt. Die Tagung möchte einerseits dieses Wissen an Betroffene, Angehörige und Fachkräfte weitergeben, zum anderen aber auch ermöglichen, dass das umfangreiche Erfahrungswissen aus dem Alltag ausgetauscht werden kann.

Tagungsort: Bildungs- und Begegnungsstätte
Wartaweil gGmbH
Wartaweil 45
82211 Herrsching am Ammersee
Teilnahmegebühr: Euro 50

Anmeldung und Information:
Landesverband Bayern für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
Adamstr. 5
80636 München
Tel: 089/357481-0
Fax: 089/357481-81
E-mail: info@lvkm.de
www.lvkm.de

Ein zweites Zuhause

Gemeindeintegrierte und familiennahe Wohnangebote für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung

14.-15.11.2003

Trotz aller Bemühungen gibt es immer wieder familiäre Situationen, die eine stationäre Unterbringung eines behinderten Kindes erfordern. Die Bundesvereinigung Lebenshilfe möchte dazu beitragen, dass geistig behinderte Kinder und Jugendliche in solchen Fällen in gemeindenahen und familienorientierten Einrichtungen möglichst gute Lebensbedingungen vorfinden. Die Tagung soll einen Beitrag dazu leisten.

Es wird eine Empfehlung der Fachausschüsse „Kindheit und Jugend“ und „Wohnen“ vorgestellt. Die Erfahrungen eines Forschungsprojektes der Universität Oldenburg und Trägern von gemeindenahen Einrichtungen werden ausgewertet, um Überlegungen für die Zukunft anzustellen.

Information und Anmeldung:

Institut inForm der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Raiffeisenstr. 18

35043 Marburg

Tel: 06421/491-0

Fax: 06421/491-175

E-mail: lebenshilfe.de

www.lebenshilfe.de